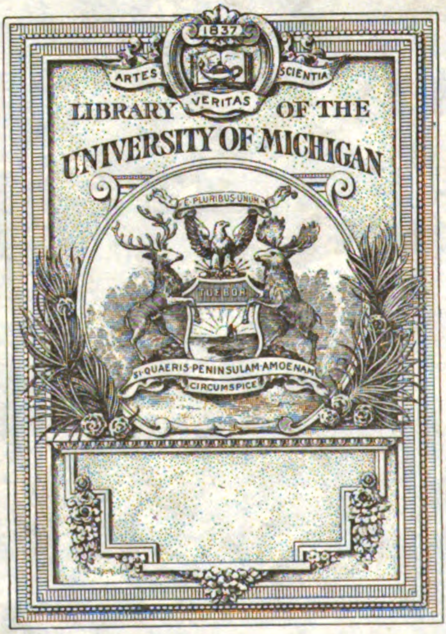

1837
ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
E PLURIBUS UNUM
TUEBOR
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE

CENTRALBLATT

für

Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Internationale Monatsschrift

für die

gesammte Neurologie in Wissenschaft und Praxis mit besonderer Berücksichtigung der Degenerations-Anthropologie.

Herausgegeben von

Albrecht Erlenmeyer (Bendorf),
Deutschland

dem Begründer des Blattes,

Charcot (Paris), **van Deventer** (Amsterdam), **Gowers** (London), **Ireland** (Prestonpans),
Frankreich, Niederlande, England, Schottland

Kjellberg (Upsala), **Kowalewskij** (Charkow), **Ladame** (Genf), **Lange** (Kopenhagen),
Schweden, Russland, Schweiz, Dänemark

Laufenauer (Budapest), **Lombroso** (Turin), **Morel** (Gand), **Morselli** (Genua),
Ungarn, Italien, Belgien, Italien

Obersteiner (Wien), **Seguin** (New-York),
Oesterreich, Nordamerika

Redigirt von

Dr. med. et phil. R. Sommer

Privatdocent der Psychiatrie an der Universität Würzburg.

XV. Jahrgang. Neue Folge III. Band.

COBLENZ & LEIPZIG.

Druck und Verlag von W. Groos, Königl. Hofbuchhandlung

(Kindt & Meinardus).

Verzeichniss der Originalien.

Verzeichniss der Mitarbeiter.

Buchdruckerei von Kindt & Meinardus, Coblenz.

CENTRALBLATT
für
Nervenheilkunde und Psychiatrie.
Internationale Monatsschrift
für die
gesammte Neurologie in Wissenschaft und Praxis mit besonderer Berücksichtigung der Degenerations-Anthropologie.

XV. Jahrgang, 1892 Januar. Neue Folge III. Band.

I. Originalien.

Erörterungen über die Paranoia vom klinischen Standpunkte.

Vortrag, gehalten in der Sitzung des Vereins Ostdeutscher Irrenärzte zu Breslau am 5. Dezember 1891.

Von Dr. CLEMENS NEISSER, zweitem Arzte an der Provinzial-Irrenanstalt zu Leubus.

Meine Herren!

Die Irrenärzte stimmen seit langer Zeit in der Beobachtung überein, dass eine, wenn auch nicht ganz kleine, so doch begrenzte Gruppe von Geisteskranken sich dadurch auszeichnet, dass dieselben logisch gegliederte, unter sich zusammenhängende Wahnideen produciren, im Uebrigen aber korrekte psychische Leistungen zu verrichten im Stande sind. Ein so beschaffener Krankheitszustand kann in seinen wesentlichen Zügen unverändert durch Jahrzehnte, bis an das Lebensende andauern.

Die praktische Erkennung und Beurtheilung typischer Fälle ist anscheinend niemals auf Schwierigkeiten gestossen. Anders steht es mit der wissenschaftlichen Betrachtung und Abgrenzung dieser Krankheitsform.

In noch nicht allzuweit zurückliegender Epoche beschränkte sich das Studium des Falles auf die Ermittelung der „fixen Idee"; die pathogenetische Frage wurde kaum aufgeworfen.

Später herrschte, in Deutschland wenigstens, unter Griesinger's Einflusse die Lehre, dass der in Rede stehende Krankheitszustand, die sogenannte „Verrücktheit", ein sekundärer sei, welchem stets eine Affekts- oder Gemüthskrankheit, in der Regel eine Melancholie vorangehe. Diese erzeuge einen

Zustand von geistiger Schwäche, welche als die Vorbedingung für die Entwicklung und Fixirung von Wahnideen zu erachten sei.

Die Griesinger'sche Doktrin enthält, wie man sieht, einen empirischen und einen spekulativen Antheil. In der Weiterentwicklung der Lehre von der „Verrücktheit“ haben diese beiden verschiedenartigen Componenten derselben ein verschiedenes Schicksal erlitten.

Die vermeintliche Erfahrungsthatsache, dass der Verrücktheit ein melancholischer Zustand vorhergehe, aus welchem sich jene erst sekundär herausbilde, wird jetzt ziemlich allgemein für irrthümlich erachtet, nachdem Snell, Sander und Andere entgegenstehendes Beobachtungsmaterial veröffentlicht und Westphal die scharf formulirte These ausgesprochen hat, dass die Verrücktheit sich niemals aus einer reinen Melancholie entwickle. Die theoretische Behauptung jedoch, dass die Entwicklung von fixirten Wahnideen eine psychische Schwäche, eine Einbusse an kritischer Fähigkeit zur Voraussetzung habe, ist zu einer fable convenue geworden, welche, obschon ihr die ursprünglich angenommene empirische Grundlage entzogen ist, noch heute in den Darstellungen vieler Autoren sich fortspinnt.

Späterhin sind die Ansichten, welche Westphal vorgetragen hat, für die Mehrzahl der deutschen Fachgenossen zur diagnostischen Richtschnur geworden. Er sagt wörtlich: „Das Wesentliche bei der Verrücktheit ist der abnorme Vorgang im Vorstellen; in der Sphäre der Vorstellungen (mit oder ohne entsprechende Sinnesdelirien) spielt sich der Vorgang ab und der allgemeine Inhalt dieser krankhaften Vorstellungen bleibt sich immer gleich.“ Dieselben tragen stets, wie aus dem Zusammenhange des Ganzen hinzugefügt werden muss, den allgemeinen Charakter des Verfolgungs- bezw. Grössenwahns.

Die *Methode*, welche Westphal bei seiner klinischen Untersuchung in Anwendung gezogen hat, war offenbar die, dass er, um die wesentlichen Züge des Krankheitsbildes zu ermitteln, über eine möglichst grosse Zahl von Krankheitsfällen im Geiste vergleichende Ueberschau hielt. Auf diese Weise fand er neben bedeutsamen Unterschieden hinsichtlich der Entwicklung und symptomatischen Ausgestaltung der Einzelfälle in den oben bezeichneten Punkten eine generelle Uebereinstimmung, und diese wurde für ihn nunmehr massgebend, um hierin das Wesentliche des Krankheitsprozesses zu erblicken.

Es scheint mir berechtigt zu sein, einen anderen Modus der Betrachtung zu wählen, um die klinische Werthigkeit der verschiedenen Symptome zu bemessen.

Zur Beurtheilung nosologischer Fragen empfiehlt es sich, in erster Linie solche Fälle heranzuziehen, deren Symptome sich als möglichst eindeutige und einfache darstellen. Dieser Grundsatz, welcher die Ausbildung einer wissenschaftlichen Gehirnpathologie erst ermöglicht hat, sollte auch in der Psychiatrie herrschend werden.

Es giebt nun, wenn auch selten, Fälle, welche durch Jahre hindurch als *einzige Krankheitsäusserung* einen systematisirten Verfolgungswahn erkennen lassen. Diese mögen deshalb den paradigmatischen Ausgangspunkt für unsere klinische Betrachtung abgeben.

Natürlich bildet nicht der Wahn selbst das Objekt für die Krankheitsanalyse, sondern der die Wahnbildung bedingende Prozess. Die Wahnbildung ist eine unablässige. Wenn auch bestimmte Wahnideen zähe festgehalten werden und somit fixirt erscheinen mögen, ein Wahn bleibt niemals unverändert; in jedem Augenblick wird er umgeformt, erweitert, ausgebaut, und es lässt sich unschwer erkennen, dass hierbei beständig der gleiche fehlerhafte Denkvorgang sich abspielt. Dieser fehlerhafte Denkvorgang bekundet sich in der Weise, dass die Kranken in affektfreiem Zustande, ohne ihr Wissen und Wollen, die ihrem Bewusstsein sich darbietenden Vorstellungen als in besonderer Beziehung zur eigenen Person stehende auffassen. Dass dies thatsächlich und ausnahmslos, wenn auch nicht fortwährend mit der nämlichen Lebhaftigkeit geschieht, lehrt die klinische Beobachtung.

Dieser Zustand ist von Meynert mit einem sehr treffenden Terminus als Beachtungswahn gekennzeichnet worden. Ich möchte aber lieber von krankhafter Eigenbeziehung reden, und zwar scheint mir dieses Wort aus mehreren Gründen den Vorzug zu verdienen. Erstens ist diese Bezeichnung eine mehr phänomenologische; sodann führen lebhafte Affekte[1]) gleichfalls eine Steigerung der Eigenbeziehung mit sich, ohne dass darum eine Wahnbildung die Folge zu sein brauchte, und ferner könnte der Ausdruck: Beachtungswahn leicht zu der missverständlichen Auffassung Veranlassung geben, als ob eine bewusste Reflexion dabei im Spiele wäre. Dies ist aber nicht der Fall, sondern für den Kranken subjektiv handelt es sich um unmittelbare Thatsachen der Erfahrung. Die krankhafte Eigenbeziehung fälscht in einer für den Patienten selbst vollkommen unbewussten Weise die sinnliche Wahrnehmung ebenso wie die Reproduktion und wird dadurch die Quelle für seine formell zwar korrekt und logisch gearbeiteten, nicht selten sogar scharfsinnigen, inhaltlich aber falschen und irrigen Gedankengänge, welche eben das Wahnsystem repräsentiren.

Das Wahnsystem ist also ein sekundäres Erzeugniss der Krankheit und in seinem oft recht komplicirten Gefüge durch normale psychische Arbeit vermittelt; die gesteigerte Eigenbeziehung dagegen ist der unmittelbare psychische Ausdruck der krankhaften Störung, ist ein primäres oder direktes pathologisches Symptom.

Es ist sehr wichtig, eine solche Unterscheidung zu machen. Dieselbe muss überall da Platz greifen, wo Bewusstseinsvorgänge ins Spiel kommen. In der thatsächlichen Nichtbeachtung dieses natürlichen Sachverhältnisses scheint mir ein Hauptgrund dafür gelegen zu sein, dass sich psychiatrische Krankheitsbeschreibungen vielfach von denen anderer medicinischer Fächer eigenartig und, wie man wohl sagen muss, ungünstig abheben. Wenn wir in Lehrbüchern die sorgsamsten Detailschilderungen, mitunter mit geradezu novellistischer Ausführung davon finden, wie die Verfolgungswahnideen von den verschiedenen einzelnen Kranken ausgestaltet werden und ebenso wie wechselvoll ihr Verhalten ist, dass der Eine die Wohnung verändert oder auswandert, der Andere ruhelos hin und herläuft, ein Dritter der Umgebung Geschenke macht, um sich zu sichern, ein Vierter scheinbar unmotivirt aggressiv wird und so fort, so ist gegen solche Darstellungsweise an sich

[1]) Den Schmerz möchte ich, im Gegensatz zu Meynert, nicht als einen Affekt gelten lassen.

gewiss nichts einzuwenden, wenngleich die Lehre von den erfahrungsgemässen Formen psychologischer Reaktion eigentlich in der Allgemeinen Psychiatrie ihren Platz haben sollte. Als fehlerhaft aber muss es bezeichnet werden, wenn, wie es vielfach geschieht, die unmittelbar, direct auf bestimmten krankhaften Prozessen beruhenden Symptome ganz vermischt mit jenen individuell variablen, psychologisch in normaler Weise vermittelten Folgeerscheinungen abgehandelt werden, wenn ein scheinbar einheitliches Seelengemälde entrollt wird, in welchem die krankhafte Eigenbeziehung den gleichen Platz einnimmt wie die wahnhaften Gedankengänge. Denn auf diese Weise wird der Ausbau einer medicinisch brauchbaren, d. h. anatomisch-physiologisch begründbaren Symptomatologie nicht nur nicht gefördert, sondern geradezu verhindert.

Fahren wir nach dieser Abschweifung in unserer Betrachtung fort. Wir haben gefunden, dass in manchen Fällen von Paranoia durch Jahre hindurch die Wahnbildung lediglich durch die krankhafte Eigenbeziehung unterhalten wird, dass diese somit für lange Zeit das einzige direkte Krankheitssymptom darstellen kann. Diese Thatsache im Verein mit der weiteren Thatsache, dass in keinem Falle von primärer chronischer Wahnbildung das geschilderte Symptom vermisst zu werden scheint, führt dazu, dasselbe als das wesentliche, als das Cardinalsymptom der Paranoia anzusehen.

Soweit leitet uns die unmittelbare klinische Beobachtung. Mit der Feststellung dieses Sachverhaltes ist aber über die Natur und den Angriffspunkt des Krankheitsprozesses selbst noch keine Aufklärung, ja nicht einmal eine geeignete Fragestellung gewonnen. Denn die Eigenbeziehung ist eine komplicirte psychische Leistung, welche nicht ohne Weiteres einen Hinweis giebt auf die von der Krankheit betroffenen nervösen Organelemente. Diese und die Art ihrer Läsion zu ermitteln, ist aber unstreitig die Aufgabe der psychiatrischen Diagnostik.

Meynert nimmt das Vorhandensein von Reizzuständen im Bulbus an. Diese sollen anomale, hypochondrische Sensationen auslösen und somit, indem sie stets die Erinnerung an die eigene Person in krankhafter Intensität wachhalten, jene charakteristische Beeinflussung der Gedankengänge zur Folge haben.

Diese Meynert'sche Hypothese führe ich an, nicht weil ich in ihr bereits eine endgültige Lösung der Frage erblickte, sondern weil durch sie in ausgezeichneter Weise verdeutlicht wird, dass das in Rede stehende psychische Symptom durch einen cirkumskripten, lokalisirbaren Krankheitsherd hervorgerufen werden kann.

Und wir werden in der That sagen müssen, dass durch die Annahme einer relativ beschränkten Ausdehnung des Krankheitsprozesses der klinischen Eigenart der von uns in's Auge gefassten chronischen Krankheitsfälle am befriedigendsten Rechnung getragen wird, bei welchen in völlig stabiler Weise durch Jahre hindurch nur ein einziges pathologisches Symptom in die Erscheinung tritt, während viele und wichtige psychiche Leistungen ganz normal von Statten gehen, welche wieder in anderen Krankheitszuständen eine Störung erleiden.

Von Wernicke liegen zwei verschiedene Hypothesen vor, welche aber beide darin übereinstimmen, dass es sich bei der Paranoia um psychische

Herderscheinungen handle. Vor 11 Jahren äusserte er sich dahin, dass bei der „primären Verrücktheit“ „eine krankhafte Veränderung derjenigen Zellelemente bestehe, die wir uns als die körperlichen Substrata der Erinnerungsbilder vorzustellen haben.“ Die Folge davon sei, dass „die erforderliche Congruenz der Erinnerungsbilder mit den altgewohnten Eindrücken der Aussenwelt“ aufgehört habe und so komme es, dass dem Kranken „Alles räthselhaft, geheimnissvoll“ erscheine, „bald mit überirdischem Lichte verklärt, bald grauenhaft drohend“, jedenfalls „immer Erklärungsversuche herausfordernd“. Es darf wohl hervorgehoben werden, dass Wernicke sich in dieser Auffassung, wenngleich seine Darlegung von ganz anderen Gesichtspunkten ausgeht, mit den ausgezeichneten Erörterungen begegnet, welche Hagen seiner Zeit über die Entstehung der „fixen Ideen“ angestellt hat.

Später — 1887 — hat Wernicke sich dahin ausgesprochen, dass besonders drei „örtlich verschiedene Arten oder Formen des Bewusstseins“ unterschieden werden müssen: „das Bewusstsein der Körperlichkeit“, „das Bewusstsein der Aussenwelt“ und „das Bewusstsein der Persönlichkeit“; letzteres sei bei primärer Verrücktheit erkrankt. Die nähere Ausführung wird nur in dem kurzen Hinweise angedeutet, dass ein solcher Kranker „der Gegenstand allgemeiner und spezieller Aufmerksamkeit, von Verfolgungen und Complotten, als Kind vertauscht und von hoher Abkunft“ etwa zu sein glaubt.

Der Begriff der „psychischen Herderkrankung“ ist zuerst durch Wernicke im Jahre 1874 aufgestellt worden; die sensorische Aphasie lieferte das Paradigma dafür und legte die Probe ab für die Leistungsfähigkeit des neugewonnenen Begriffs. Schon damals schrieb Wernicke: „Diejenigen Psychosen (gewöhnlich zum Wahnsinn gerechnet), welche aus Gehörs- und Gesichtshallucinationen entstehen, sind wahrscheinlich, ebenso wie die maniakalischen Bewegungen, durch central örtlichen Reiz verursacht.“ Einen gewaltigen Schritt vorwärts in der Lehre von den psychischen Herderkrankungen bedeutet Wernicke's Darstellung der progressiven Paralyse in seinem Lehrbuche der Gehirnkrankheiten, und hier ist am bezeichnendsten seine Auffassung von dem Wesen des Endstadiums: „Der terminale Blödsinn der Paralytiker kann als eine Summation von Herdsymptomen aller Rindenterritorien angesehen werden, wenn man sich nur bewusst ist, dass die einzelnen Herdsymptome als Theilerscheinung so in der Gesammterkrankung enthalten sind, dass sie sich von den anderen nicht mehr herausheben und also eigentlich ihres wesentlichsten Merkmales als Herdsymptome verlustig gegangen sind.“

Konsequent entwickelte Wernicke im Jahre 1887 „die klinischen Aufgaben der Psychiatrie“, und hier finden wir zum ersten Male[1]) in pro-

---

[1]) Flechsig — „Die körperlichen Grundlagen der Geistesstörungen“, Leipzig 1882 — statuirt gleichfalls den Gegensatz zwischen „geistigen Herdsymptomen und Symptomen diffuser Erkrankung.“ Erstere bestehen nach ihm „in Anomalien durch Erfahrung erworbener Einzelinhalte des Bewusstseins“, letztere „in Störungen jener Thätigkeiten, welche alle diese Einzelinhalte verknüpfen nach den vor aller Erfahrung gegebenen Anschauungsformen des Raumes, der Zeit und der Causalität, sowie überhaupt zu höheren einheitlichen Gebilden, zum einheitlichen Selbstbewustsein u. s. w.“

grammatischer Weise eine Gegenüberstellung von psychischen Herdsymptomen und Allgemeinerscheinungen sowie Andeutungen darüber, wie der Ausbau im Einzelnen zu gestalten sein werde.

Man hätte wohl annehmen sollen, dass diese Betrachtungsweise, die sich so grundsätzlich abhebt von der psychiatrisch landläufigen und welche so weite Perspektiven eröffnet, einen gewaltigen Aufruhr unter den Fachgenossen und einen Sturm verschiedener Meinungsäusserungen hervorrufen würde. Aber das war keineswegs der Fall, es ist völlig still geblieben, und ausser einer allerdings sehr beachtenswerthen Erörterung von Sandberg bin ich, soweit ich die Literatur habe verfolgen können, der Einzige gewesen, welcher vom klinischen Gesichtspunkte — vom philosophischen liegen mehrfache kritische Aeusserungen vor — die Tragweite der Wernicke'schen Lehre zu beleuchten versucht hat.[2]) Der Grund dafür, dass dieselbe anscheinend bisher so wenig Eingang gefunden hat und jedenfalls von keiner Seite für die Psychiatrie weiter nutzbar gemacht worden ist, ist wohl in dem Umstande zu suchen, dass Wernicke selbst in derjenigen der einschlägigen Veröffentlichungen, welche am weitesten Verbreitung gefunden hat, in seinem im Jahre 1880 auf der Naturforscherversammlung zu Danzig gehaltenen Vortrage „über den wissenschaftlichen Standpunkt in der Psychiatrie" den Ausbau seiner Lehre in einer so grob schematischen Form skizzirt hat, dass dieselbe vor einer eingehenden Kritik nicht bestehen konnte und jedenfalls nicht geeignet war überzeugend zu wirken.

Aber durch die Unzulänglichkeit der bisher geleisteten Einzelausführung wird der Werth der grossen klinischen Gesichtspunkte, welche Wernicke der Wissenschaft eröffnet hat, nicht nothwendig beeinträchtigt, und ich hoffe Ihnen gerade an dem Beispiele der Paranoia darthun zu können, dass durch die neu gewonnene Auffassung manche klinische Erscheinungen, die bisher anders gedeutet oder auch nicht beachtet wurden, in ein klareres Licht gerückt werden.

Eine unbefangene Prüfung einer grösseren Anzahl von genau beobachteten und mit genügenden anamnestischen Daten ausgestatteten Fällen von chronischer Paranoia ergiebt, dass die Verlaufsweise eine sehr verschiedene ist.

Ich will hier nur zwei Haupttypen herausgreifen, welche gewissermassen gegensätzlich erscheinen, wenngleich die mannigfachsten Uebergangsformen zwischen den Extremen liegen.

Eine Reihe von Fällen — und hierher gehören auch die von Magnan als „délire chronique" unterschiedenen Fälle — zeichnen sich durch ganz unmerklichen, schleichenden Beginn aus. Die Eigenbeziehung ist zunächst das einzige Krankheitssymptom und erst später entwickelt sich in

---

Man wird nicht wohl annehmen können, dass diese Unterscheidung klinischen Erfahrungen ihren Ursprung verdankt.

Wenn übrigens Kirchhoff — „Die Lokalisation psychischer Störungen". Habilitationsschrift, Kiel 1888, pag. 24 — anzunehmen scheint, dass die Einführung des Begriffes einer psychischen Herderscheinung zuerst durch Flechsig geleistet worden ist, so ergiebt die obige Darlegung, dass er sich hierin in einem Irrthume befindet.

[2]) Vergl.: Neisser, „Kahlbaum's Gruppirung der psychischen Krankheiten 1863". — Jahrb. f. Psych. 1888. Bd. VIII, Heft 1 und 2.

bald schnellerem bald langsamerem Tempo — aber deutlich progressiv — das ganze übrige Heer von Symptomen, welche der chronischen Paranoia zugehören und welche wir noch später einzeln betrachten müssen, und den endlichen Ausgang scheint zumeist ein gewisser, übrigens keineswegs immer gleichmässig hoher Grad von Schwachsinn zu bilden.

Dem gegenüber steht eine zweite Reihe von Fällen, welche uns heute ausschliesslich beschäftigen sollen. Diese verlaufen so, dass zwanglos zwei Hauptstadien auseinander gehalten werden können.

Das erste Stadium ist von wesentlich kürzerer Dauer als das zweite, wiewohl seine Dauer in den verschiedenen Fällen den grössten Schwankungen unserliegt. Diese Schwankungen erstrecken sich von wenigen Stunden bis zu mehreren Wochen oder sogar Monaten.

Der Einfachheit halber wollen wir zunächst das zweite Stadium in's Auge fassen. Hier begegnen wir den wohlbekannten chronischen Zuständen, welche wir schon oben einer Analyse unterzogen haben. Wir waren von dem unkomplicirten Verfolgungswahn ausgegangen und fanden, dass bei demselben die fehlerhafte Eigenbeziehung das einzige direkte Krankheitssympton darstellt. Wir müssen nun hinzufügen, dass solche reine Fälle sehr selten sind. In der Regel treten neben der Eigenbeziehung noch andere pathologische Symptome zu Tage, ja letztere können so sehr im Vordergrunde stehen, dass die perverse Eigenbeziehung nur gelegentlich oder bei besonders darauf gerichteter Untersuchung sich kund giebt.

Dies gilt namentlich von den Hallucinationen, welche bekanntlich in allen Sinnesgebieten auftreten können und von welchen diejenigen des Gehörs den weitaus meisten Fällen von Paranoia zuzukommen scheinen. — Von dem Symptom der Eigenbeziehung hatten wir gesehen, dass dasselbe sehr wohl auf Grund einer umschriebenen örtlichen Erkrankung entstehend gedacht werden kann. Was nun die Hallucinationen anlangt, so harrt die Frage, wo und wie die bewussten Sinneswahrnehmungen normaler Weise zu Stande kommen, noch immer ihrer endgültigen Lösung und daher giebt es auch noch keine allseitig anerkannte Theorie der Sinnestäuschungen. Mag man aber nun, wie die Beobachtungen von Pick, der Operationserfolg in dem einen Burckhardt'schen Falle und eine Reihe von Erwägungen mir persönlich es glaubhaft erscheinen lassen, ihre Entstehung bei der Paranoia in die Rinde verlegen, oder mag man, wie Meynert lehrt, subkortikale Centren verantwortlich machen, oder mag man endlich für verschiedene Fälle eine verschiedene Genese zulassen, in jedem Falle wird man zu der Annahme gedrängt, dass es sich um central örtliche Störung handelt und dass die Lokalisation des krankhaften Prozesses eine andere ist, wenn Gesichts-, eine andere, wenn Gehörshallucinationen u. s. f. in die Erscheinung treten.

Aehnlich steht es mit dem Symptome des von Cramer sogenannten „Gedankenlautwerdens“, welches in verschiedenen Modifikationen bei Paranoia angetroffen wird. Meynert sucht den Vorgang zu erklären, indem er eine Reizung der primären Akustikuscentren annimmt. „Aus diesen werden Erregungen, wie Schalleindrücke, in die Hirnrinde geleitet; gleichzeitig laufen im Cortex Associationen ab. Werden nun die indifferenten Schalleindrücke als gleichzeitig im Cortex mit den Gedankenbildungen associirt, so gewinnen die Gedankenbildungen die Färbung von etwas Gehörtem, desen Inhalt aber

rein die Associationen des Kranken sind.“ Cramer fasst das Gedankenlautwerden als „Hallucinationen des Muskelsinns im Sprachapparat“ auf. Sei dem wie ihm wolle, jedenfalls widerstreitet keine Hypothese der Annahme, dass eine bestimmt lokalisirte, umschriebene Störung das fragliche Symptom auszulösen vermag.

Ganz ebenso ist einleuchtend, dass die mannigfachen abnormen Sensationen der Paranoiker, entsprechend der centralen Repräsentation der betroffenen einzelnen Nervengebiete, eine genaue Lokalisation zulassen.

Wenn wir endlich noch der vielfältigen Störungen der Willkürbewegung — einschliesslich der Sprache — gedenken, welche in manchen Fällen von Paranoia eine Hauptrolle spielen, so dürfen wir die Abhängigkeit derselben von ganz bestimmten Funktionscentren und Bahnen wohl als sicher erweislich hinstellen.

Wir sehen somit, dass alle direkten pathologischen Symptome, welche im chronischen Stadium der Paranoia vorkommen,[1]) auf bestimmt lokalisirbare Störungen schliessen lassen, dass die gesammte Symptomatologie des chronischen Stadiums ihrem allgemein-pathologischen Charakter nach aus psychischen Herderscheinungen sich zusammensetzt.

Betrachten wir nunmehr das Eingangsstadium der Paranoia. Hier besteht eine sehr grosse Variabilität der Erscheinungen im Einzelfalle. Soviel aber lässt sich ganz allgemein aussagen, dass dasselbe symptomenreicher ist als das nachfolgende zweite.

Als konstantes Symptom im Anfange ist Schlaflosigkeit und als ein häufiges Appetitlosigkeit und schlechtes Allgemeinbefinden anzuführen. Letzteres äussert sich als Gefühl von Schwäche und Leistungsunfähigkeit und kann sich bis zum schwersten Krankheitsgefühl steigern. Es giebt Fälle, in denen das allgemeine Krankheitsgefühl — ich spreche hier nicht von hypochondrischen Wahnideen — so mächtig ist, dass die Patienten spontan das Krankenhaus aufsuchen. Auch Herzklopfen, Salivation und andere nervöse Beschwerden kommen vor; am häufigsten sind Kopfschmerzen des verschiedensten Grades und Sitzes, Kopfdruck, Brennen und Sausen im Kopfe, Pochen in der Schläfe u. dergl.

---

[1]) Die Frage, warum in manchen Fällen Grössenwahn neben dem Verfolgungswahn sich entwickelt, während dies bei anderen Kranken nicht Statt hat, können wir hier unerörtert lassen, da die primären, direkten pathologischen Symptome in beiden Reihen von Fällen die gleichen zu sein scheinen.

Ferner muss ich noch erwähnen, dass ich eine bestimmte Gruppe von Fällen, welche, wie dies die weitgefasste Westphal'sche Definition wohl gestattet, anscheinend gewöhnlich zur Paranoia gerechnet werden, von vornherein von der Betrachtung ausgeschlossen habe. Dieselben lassen sich nicht gut in Kürze kennzeichnen; doch genügt vielleicht für andere Beobachter der Hinweis, dass dieselben durch eine ganz eigenartige Verwirrtheit, durch eine als selbstständiges Krankheitssymptom auftretende Inkohärenz im Denken sich auffällig abheben. Ich hoffe in nicht zu langer Zeit in der Lage zu sein, diese Krankheitsbilder in spezieller Bearbeitung eingehender entwickeln zu können. — Ziehen hat neuestens auf das Vorkom en von „dissociativen Denkvorgängen“ bei Paranoia aufmerksam gemacht. Mir liegt hierüber nur ein allerdings von dem Autor selbst verfasstes Referat (im Oktoberheft 1890 dieses Centralblattes) vor. Ich möchte glauben, dass er analoge Zustände im Auge hat, wie ich sie oben habe skizziren wollen. Solange er aber keine Krankengeschichten mittheilt, kann ich mir hierüber natürlich ein sicheres Urtheil nicht erlauben.

Manche Kranke klagen über Unordnung und Wirrwarr der Gedanken, über den Zwang zu grübeln und äussern die Furcht geisteskrank zu werden.

In vielen Fällen ferner finden sich Trübungen des Bewusstseins, welche sehr verschiedene Grade haben und oft nur ganz kurze Zeit dauern. Die Kranken selbst bezeichnen diesen Zustand nachträglich nicht selten als eine Art „Betäubung". Später weist mitunter ein mehr weniger umschriebener Erinnerungsdefekt oder doch eine Verschwommenheit der Erinnerungen noch darauf hin. Auch deliriöse Zustände von längerer Dauer kommen vor; in anderen Fällen leitet ein hallucinatorischer Traumzustand die Scene ein.

Auch Bewegungshemmung und -verlangsamung bis zu ausgeprägtem Stupor wird im Eingangsstadium beobachtet.

Weiterhin treten nicht selten krankhafte Affektzustände auf. Eine ausgebildete maniakalische Erregung findet sich nur ausnahmsweise, aber Andeutungen davon sieht man öfter, namentlich eine eigenthümliche Art ideenflüchtigen Sprechens mit ungeregelter Verwerthung der unmittelbaren Sinneseindrücke, mitunter von gesteigerten Gestikulationsbewegungen und grimassirender Mimik begleitet.

Viel häufiger sind die Affektzustände entgegengesetzter Art: hier finden sich alle Uebergänge von der unbestimmten inneren Ruhelosigkeit bis zur schwersten Herzangst und, worauf ich besonders hinweisen möchte, manchmal bildet sich ein ächter melancholischer Affektzustand mit dem diesem eigenthümlichen Versündigungswahne aus.

Ausser und neben den genannten Störungen können nun noch alle diejenigen Symptome, welche überhaupt in Fällen chronischer Paranoia sich finden, als vorübergehende Erscheinungen sich einstellen: so gegen den eigenen Willen erfolgende Sprach- oder Körperbewegungen, abnorme Sensationen, Hallucinationen der verschiedensten Sinnesgebiete nebst Personenverkennungen etc.

Alle die genannten Symptome, durch welche das Eingangsstadium der Paranoia im Gegensatze zu dem chronischen Stadium ausgezeichnet sein kann, lassen sich in befriedigender Weise als Allgemeinerscheinungen des Krankheitsprozesses betrachten. Dieselben sind unter sich wieder ungleichwerthig, da einige der Symptome, vor Allem die Bewusstseinstrübung und die Affektzustände, als diffuse in Bezug auf das psychische Organ anzusehen sind, während andere wie die vorübergehend in anderen Sinnesgebieten auftretenden Hallucinationen als indirekte Herdsymptome sich darstellen. Dieser Unterscheidung entspricht auch die klinische Thatsache, dass in der Regel die allgemeine Benommenheit, wenn sie vorhanden war, schneller schwindet, während z. B. die Personenverkennung erst etwas später sich zu verlieren braucht.

Meistens vollzieht sich der Uebergang in das chronische Wahnbildungsstadium allmählich; eine körperliche Erholung mit Zunahme des Körpergewichts begleitet in der Regel den Nachlass der Allgemeinerscheinungen. Zu dieser Zeit pflegt der Kranke, da er jetzt ganz gesund sei, dringend seine Entlassung aus der Anstalt zu fordern. Bezüglich der durchlebten Zeit besteht nicht selten eine theilweise Krankheitseinsicht Nach auspegrägten melancholischen Allgemeinerscheinungen hört man wohl: „es ist ja richtig, dass ich schwermüthig war, aber jetzt fehlt mir doch

nichts mehr.“ Nach tobsüchtiger Verwirrtheit und Bewusstseinstrübung wird seltener Krankheit zugestanden, jedenfalls sei dieselbe nur künstlich gemacht worden. Maniakalische Krankheitserscheinungen habe ich noch nie als krankhafte nachträglich einräumen hören.

Die vorstehend gegebenen Ausführungen sollen nur eine Skizze des Gegenstandes sein. Der Unzulänglichkeit des Gebotenen bin ich mir voll bewusst. Zur Kennzeichnung einer Gehirnerkrankung als einer herdartigen ist erforderlich der Nachweis einer umschriebenen Lokalität, deren pathologische Veränderung in gesetzmässiger Beziehung zu bestimmter Funktion steht. Diesen Nachweis habe ich nicht zu erbringen vermocht. Ich habe nur zeigen können, dass keines der der chronischen Paranoia eigenthümlichen Symptome einer solchen Betrachtungsweise widerstreitet. Trotzdem scheint mir, selbst bei dem vorläufigen Mangel an positiven Grundlagen, die dargelegte Auffassung wissenschaftlich ungezwungen wie praktisch förderlich zu sein.

Um zunächt nur einen einzelnen Punkt herauszuheben, so wird nun erst der historische Streit um die Beziehungen von Melancholie und Paranoia erklärlich. Es wäre gar nicht zu verstehen, wie so lange Zeit hindurch und von guten Beobachtern das Voraufgehen einer Melancholie hätte angenommen werden können, wenn nicht thatsächlich in nicht ganz wenigen Fällen von Paranoia echte melancholische Affektzustände im Krankheitsbeginn vorhanden wären. Andererseits wird in der Regel von vornherein die richtige Diagnose gestellt werden können, da der geübtere Irrenarzt die charakteristische Eigenbeziehung und eventuell andere Herderscheinungen — namentlich die mit einer gewissen Selbstständigkeit auftretenden Gehörshallucinationen — schon zu der Zeit herausfindet, wo dieselben noch in Folge der — in den betreffenden Fällen — melancholischen Allgemeinerscheinungen weniger rein zu Tage treten.

Auch das Bedürfniss, kombinirte Psychosen aufzustellen, dürfte durch die gewonnenen Gesichtspunkte mindestens eine Einschränkung erfahren.

Und nun noch eins! Selbst wenn meine Anschauung von dem Wesen des paranoischen Krankheitsprozesses sich als eine falsche herausstellen sollte, so würde ich den Versuch ihrer Durchführung, sowie ich denselben Ihnen vorgelegt habe, darum nicht für ein ganz unnützliches Beginnen halten. Denn klarer als Auseinandersetzungen es vermögen, lehrt er, welche Aufgaben die klinisch-psychiatrische Forschung zunächst zu lösen hat. Die Aufgabe, die komplicirten psychischen Zustandsbilder alle in die einzelnen Componenten zu zerlegen, um so die anatomisch-physiologischen Bedingungen der Störung zu ermitteln, diese Aufgabe wird wohl noch lange ihrer vollkommenen Erfüllung harren müssen. Das aber, was schon jetzt geleistet werden kann und muss, das ist die Forderung, das Neben- und Nacheinander der schon bekannten einzelnen Symptome in sorgfältiger Weise zu studiren und festzustellen. Wenn ich vorhin zwei bis zu einem gewissen Grade gegensätzliche Verlaufsarten derjenigen Krankheitsprozesse, welche man zur Zeit mit dem Namen Paranoia zusammenzufassen pflegt, nur ganz im Groben gekennzeichnet habe, so wird es weiterhin erforderlich sein, erfahrungsgemäss zu ermitteln, ob und welche Gesetz-

mässigkeit sich ergiebt zwischen der Symptomatologie des Eingangsstadiums und der chronischen Folgezeit, welche Combinationen von Symptomen stets wiederkehren, welche Abweichungen vorkommen, auf welche Erscheinungen die Prognose zu begründen ist, ob wirklich, wie Cramer in seiner äusserst verdienstlichen Arbeit behauptet, — um nur ein specielles Beispiel anzuführen — gerade diejenigen Fälle von Paranoia in Schwachsinn endigen, welche das Symptom des Gedankenlautwerdens zeigen und was dergleichen Fragen mehr sind. Nur durch solche Arbeit, welche in erster Linie den Kliniken zufallen dürfte, die über frische Fälle und genaue Anamnesen verfügen, kann meines Erachtens ein Fortschritt erreicht werden. Aber ich zweifle nicht, dass es auf dem angedeuteten Wege gelingen wird, die bisherigen, Niemanden recht befriedigenden Krankheitsbeschreibungen dahin zu reformiren, dass an Stelle der umfassenden Schilderungen der gesammten Gemüthslage des Kranken eine Anzahl von distinkten Symptomen treten, welche die differentielle Diagnose begründen. Dann erst wird die Psychiatrie auf diejenige bescheidene Entwicklungsstufe gelangt sein, welche man bei medicinischen Disciplinen im wissenschaftlichen Sinne die symptomatische zu nennen pflegt.

Meine Herren!

Ich glaube nun in der Lage zu sein, Ihnen ein solches neues symptomatisches Krankheitsbild entwickeln zu können. Es ist die akute Paranoia. Absichtlich habe ich den alten Namen beibehalten, nicht weil ich glaubte, dass alle die zum Theil verschwommenen Krankheitsbilder, welche von verschiedenen Autoren unter demselben zusammengefasst worden sind, auch wirklich hierher gehören, sondern um die innige Zusammengehörigkeit zu den Fällen mit chronischem Verlaufe zu betonen. Dies erscheint um so mehr geboten, da von Schüle, Kraepelin und in neuerer Zeit auch von Mercklin eine solche Beziehung in Zweifel gezogen worden ist.

Um Ihre Geduld nicht allzusehr in Anspruch zu nehmen, will ich nur in gedrängter Kürze drei Krankengeschichten Ihnen vorführen, hoffend, dass die wesentlichen Punkte in ausreichender Klarheit hervortreten und längere epikritische Bemerkungen sich erübrigen werden.

I. Friedrich S., Sattler, 34 Jahre alt; Vater trank; Patient selbst normal entwickelt, stets gesund. Kurz vor Ausbruch der Psychose reizbar, verrichtete aber seine Arbeit in völlig unauffälliger Weise. Ganz plötzlich wurde er verwirrt, ängstlich, meinte, seine verstorbenen Eltern seien zugegen, warf sich auf die Erde, wälzte sich herum, jammerte. Unmittelbar nach Ausbruch dieses Zustandes — am 30. Juni 1890 — erfolgte die Aufnahme auf die Psychiatrische Klinik zu Breslau. In dem Berichte heisst es: „Hier machte der Patient zunächst einen der stürmischsten Zustände durch, die überhaupt bei Psychosen vorkommen." Unermüdlicher zwangsartiger Bewegungsdrang, lebhafteste Sinnestäuschungen, Angstaffekte. Die Bewegungen erschienen zum Theil als gewissermassen automatische, taktmässige klopfende Bewegungen der Arme und Hände, Hin- und Herwiegen des ganzen Körpers; „dieselben arteten aber zuweilen in die wildeste motorische Unruhe aus, sodass der Kranke den Kopf in die Kissen bohrend, den Rumpf unablässig in Schweiss gebadet, hin und her schob, mit Armen und Beinen um sich schlug, krampfhaft am Bette rüttelte,

an der Decke zerrte und dabei jede Annäherung abwehrte." Dazu schreckhafte Vorstellungen, Aeusserungen von Bedrohung durch Mörder, wilde Thiere etc. „Besonders traten diese Zustände auf, wenn irgend ein ungewöhnlicher Vorgang in der Umgebung sich abspielte."

Dieses akuteste Stadium dauerte drei Tage. Dann ein gewisser Nachlass der stürmischsten Erscheinungen, aber doch noch durch Monate schweres Krankheitsbild. Es wird berichtet: „Man traf den Kranken gewöhnlich mit geschlossenen Augen daliegend, öfters in einer unbequemen Lage, z. B. zusammengekauert oder auf dem Bauch liegend; auf Befragen — nicht im Zusammenhange — äusserte er dann unter vielem Jammern und Stöhnen, dass es ihm schlecht gehe, alles thue ihm weh, vor Schwäche könne er nicht gehen und stehen; ferner erzählte er, seine Leute — bald seine Brüder, bald andere Personen seiner Bekanntschaft — sprechen fortwährend zu ihm und über ihn, wollten ihn umbringen, schlachten, ihm die Arme abhacken, verlangten Geld von ihm, sie sagten ihm vor, was er thun solle, machten ihm Zeichen, wie er zu gehen, zu stehen, zu liegen habe und er müsse dann immer folgen. So könne er bald die Augen nicht aufmachen, bald nicht aufstehen, müsse bald krumm liegen, bald sich rechts oder links herumdrehen, bald wieder im Zimmer umherlaufen, auch würden ihm die Glieder festgehalten und wie in Krämpfen zusammengedreht. Endlich klagte er, dass er oft Schwindel empfinde, als ob sich alles um ihn zu bewegen anfange und er bald hoch, bald tief liege.

Aus dem weiteren Berichte hebe ich hervor: dass er die Aerzte immer erkannte, aber Wärter und andere Personen verkannte, zum Theil in stereotyper Weise. Interkurrent immer noch Anfälle von heftigster Angst, Lärmen und Hilferufen, besonders in der Nacht. Wieder findet sich die charakteristische Bemerkung: „Auch die Gegenwart anderer Personen, Sprechen und Verkehr wirken im Allgemeinen sehr beunruhigend auf ihn ein." — Bald glaubte er, zu Hause, bald im Schlachthofe zu sein, dann wieder weiss er ganz gut, dass er in einer Krankenanstalt sich befindet. Zwischendurch Krankheitsgefühl, fürchtet, dass er seinen Verstand nicht wieder bekommen werde. „Dieses psychische Krankheitsbewusstsein bringt ihn oft zu Thränen und verwebt sich oft mitten in seine Delirien und wahnhaften Aeusserungen hinein." (Es ist dies, beiläufig bemerkt, eine Beobachtung, welche man bei fast allen akuten Fällen von Geistesstörung machen kann und welche geradezu als ein Kriterium für die relative Frische der Erkrankung Verwerthung finden könnte.)

Endlich wird noch eine gewisse Hyperästhesie für schmerzhafte Eindrücke (z. B. kleine Eiterpustelchen) hergehoben, ferner eine im Einzelnen mir nicht näher bekannt gewordene, an nur wenigen Tagen zu konstatirende Störung des Lesens und Schreibens, Erschwerung und leichte Ermüdung bei Rechnenaufgaben u. dergl.

Am 18. November 1890 Aufnahme des Patienten in die Prov.-Irren-Anstalt zu Leubus.

Hier war Patient von vornherein über Zeit und Ort orientirt, zuerst noch körperlich und psychisch ein wenig matt und stumpf, auch wohl unsicher und befangen, aber ohne jeden spezifischen pathologischen Affekt. Nichts mehr von den Bewegungsstörungen, von den offenbar kom-

plicirten Sensationen, keine Personenverkennung; auch Hallucinationen nicht mehr sicher nachweisbar, jedenfalls, wenn überhaupt, nur noch solche des Gehörs. Aber noch lebhafteste Eigenbeziehung, welche ihn unablässig zu Ansätzen von Wahnbildung führt.

In Bezug auf den Breslauer Aufenthalt äussert er: er sei längere Zeit ohnmächtig gewesen. Als er seine Besinnung wieder gewonnen, sei ihm alles dort so merkwürdig vorgekommen; in zwei Wärtern habe er zwei Bekannte wiedergefunden, einen Fleischer und einen Andern; ob ihn die nicht vielleicht überfallen und hineingeschleppt hätten? denn richtig sei es nicht zugegangen; es seien auch, während er in der Klinik lag, Leute mit zerlumpten Kleidern und mit Wunden aufgenommen worden. Das sei doch merkwürdig. Alles was gesprochen worden sei, sei ihm so verdächtig vorgekommen; jede Aeusserung habe ihn scharf hergenommen; das Hin- und Herlaufen, das Flüstern habe er nicht enträthseln können.

Auch hier in Leubus kommen ihm Wärter und Stubengenossen so sonderbar vor; sie sehen ihn so wunderbar an; wenn sie unter einander reden, so beziehe es sich auf ihn; das fühle er sehr gut, wenn er auch den Zusammenhang noch nicht kenne. Ein auf seinen Wunsch gemachter Versuch, ihn aus dem Bette aufstehen und an den Arbeiten der Kranken Theil nehmen zu lassen, missglückte völlig; er kam sichtlich deprimirt zurück, weigerte sich Nachmittags wieder mitzugehen und äusserte nur auf Befragen: „der Eine spricht dies, der Andere spricht das, und das habe ich ja nicht nöthig mir gefallen zu lassen."

M. H.! Ich glaube, es ist nicht nöthig, diese Andeutungen durch breitere Schilderung zu ergänzen. Diese Krankheitsbilder — ich spreche jetzt nicht von dem ganzen Falle mit der bestimmten Entwicklung, sondern lediglich von dem zuletzt skizzirten Zustande des Patienten, wie er ihn hier in Leubus dargeboten hat sind jedem Psychiater vollkommen bekannt. Der Zustand unterschied sich in keiner Hinsicht von denjenigen, wie sie zu Tage treten, wenn eine schleichende chronische Wahnbildung typischer Art im Gange ist, und nur die Anamnese lehrte, dass es sich hier im Gegentheil um ein Abklingen stürmischer Erscheinungen handelte.

Der Weiterverlauf: Hebung des Kräftezustandes und Körpergewichtes, ganz allmählicher Nachlass der Eigenbeziehung bis zu schliesslicher völlig normaler Unbefangenheit und Klarheit. Regelmässige Beschäftigung, Theilnahme an Gesellschaft. Genesung mit vollkommener Krankheitseinsicht und guter Rückerinnerung mit Ausnahme des Stadiums, in welchem er nach seiner Meinung „ohnmächtig" gewesen war.

Entlassung am 5. October 1891, nachdem er mindestens ein halbes Jahr frei von Krankheitszeichen geblieben war.

II. Friedrich G., Mathematiklehrer, 37 Jahre alt. Keine erbliche Belastung; stets gesund. Im Jahre 1888 nach anstrengender Gebirgstour bei einbrechender Dunkelheit vorübergehende Beängstigung und eine vereinzelte Gesichtshallucination (schwebende Frauengestalt in wallendem Gewande), welche indes als solche gleich danach erkannt wurde. 1889 mehrfache Gemüthserregungen, ausserdem ein nicht näher bekanntes Magenleiden, Ueberanstrengung (wöchentlich bis 56 Mathematikstunden!) und reichlicher Genuss von schwerem Bier.

In den ersten Tagen des December 1889 ganz plötzlich — vorausgegangen war nur öfteres Klagen über Abgespanntheit und Gefühl von Hitze im Kopf — Ausbruch der Psychose. Er sah ein rotirendes Feuerrad, welches sich immer weiter entfernte; dabei der Eindruck — wie Patient sich noch jetzt erinnert —, als ob die Dinge um ihn her zu einander und zu ihm eine andere Lage einnähmen. Die Vorstellungen jagten sich in buntem Wechsel, er glaubte gestorben zu sein, Gott vom Throne gestossen zu haben, selbst Gott zu sein, zwischendurch schwerste Selbstanklagen, liess Fragen unbeantwortet, lag bald regungslos steif und stumm, dann wieder sprang er wiederholt stürmisch aus dem Bett und war lebhaft widerstrebend bis zur blinden Gewaltthätigkeit. Rief zwischendurch: „ach Gott, bin ich denn verrückt?“ Alsbald zu seinem Bruder überführt, verweigerte er die Nahrung, erklärte alles für vergiftet. An diese ersten Krankheitstage hat er, um dies gleich vorwegzunehmen, nur eine ganz dunkle Erinnerung; Einzelheiten sind ihm bewusst, so schreibt er nachträglich: „Als ich in's Coupé eintrat, war es mir so, als ob sich alles umkehre, sodass die Personen wie an der Decke hängend erschienen. Bahnhof Liebenthal schien in die Höhe gehoben, die anwesenden Personen unbeweglich zu sein; dabei alles in grosser Helligkeit wie bei Magnesiumlicht.“ — „In Wahren schien der Eisenbahnzug in die Erde zu verschwinden oder in die Luft sich zu erheben.“ — „Auf den Bahnhöfen überall nahm ich eine mich beängstigende Bewegung der Beamten und Reisenden wahr.“ — „Ich habe meist steif und regungslos dagesessen in der Furcht und dem Glauben, durch meine Bewegung Andere in der Bewegungsfreiheit zu beschränken.“

Am 13. Dezember 1889 Aufnahme in die Psychiatrische Klinik zu Leipzig. Daselbst bot der Patient während der ersten Wochen ein schweres, aus den verschiedenartigsten pathologischen Zügen zusammengesetztes Krankheitsbild dar. Er hörte vielfach erschreckende Stimmen, verkannte meist seine Umgebung und die Vorgänge um ihn; kurzdauernde Phasen grösserer Ruhe, in denen er zusammenhängende, wenn auch meist wahnhafte Aeusserungen that, wechselten mit Zuständen hochgradiger, selbst bis zur Tobsucht gesteigerter Aufregung. Besonders hebt der Bericht hervor „die ungemein tiefe Störung des Bewusstseins“, welche zeitweilig, namentlich im Anfange bestand. Sehr häufig brachen schwere melancholische Affekte hervor mit intensiven Selbstanklagen und Versündigungswahnideen. Zwischendrein dagegen — ganz unvermittelt — an zwei Tagen Andeutungen maniakalisch-heiterer Stimmung mit überlautem Vielsprechen und leichter Ideenflucht. Zu anderen Zeiten wieder ganz verwirrtes, ungeordnetes und brüsk gewaltthätiges Verhalten, welches seine öftere Isolirung erforderlich machte. Dem Arzte gegenüber zumeist misstrauisch, abwehrend; in den Speisen wähnte er Gift, äusserte wiederholt, es komme ihm alles so eigenthümlich vor, die Leute im Zimmer würden umgetauft, achtete scharf auf alle Vorgänge, antwortete öfter auf Fragen, die gar nicht an ihn gerichtet waren. Gelegentlich producirte er seltsame Wahnideen: er sei todt, habe 10^0 unter Null Körpertemperatur, er sei a^2 und dergl. mehr.

Im Anschluss an eine von hohem Fieber begleitete phlegmonöse Entzündung der Hand trat nach etwa 4 Wochen psychische Ruhe und Klarheit ein. Es fiel aber eine übergrosse Bescheidenheit und Zaghaftigkeit (eine

psychiatrisch nicht wohl einwandfrei verwerthbare Notiz) an ihm auf. Im Uebrigen machte er, wie es heisst, einen völlig normalen Eindruck und wurde am 29. Januar 1890 aus der Klinik beurlaubt.

Schon nach ca. 14 Tagen — am 15. März — wurde seine Wiederaufnahme nöthig. Er zeigte ein ganz ähnlich bunt zusammengesetztes Krankheitsbild wie beim ersten Male; auch diesmal wird die auffallend tiefe sensorielle Benommenheit in den verschiedensten Einzelnotizen des Journals hervorgehoben; auch diesmal standen lebhafte genuine melancholische Affekte mit den spezifischen Versündigungswahnideen im Vordergrunde. Dazwischen wieder verwirrtes Treiben und wahnhafte Aeusserungen von ganz anderer Färbung: er fliege als Gummiball durch das Weltall, es gebe Krieg, er sei todt, habe Gott vom Throne gestossen. Vielfach schreckhafte Gehörshallucinationen.

Aus der Notiz vom 30. April: „Meist sehr gedrückt; Selbstanklagen; er sei an seinem Unglücke Schuld, habe seine Angehörigen in's Unglück gebracht, das Leid der ganzen Menschheit verschuldet. Auch müsse er fortwährend grübeln über Gegenwart und Vergangenheit; das Pfeiffen der Eisenbahn u. A. wecke unangenehme Gedankenreihen in ihm."

Aus der Notiz vom 10. Mai: „Er muss grübeln: wo ist der Anfang, wo das Ende des gordischen Knotens? Alle Ereignisse der Umgebung sind so wunderbar verschlungen und unverständlich, er kann die Gegenwart nicht verstehen .... Zuweilen erzählt er Thatsachen und frühere Begebenheiten, deren Pointe und Bezug auf die Gegenwart unverständlich bleibt."

Am 16. Mai 1890 wurde Pat. nach Leubus überführt.

Hier zeigte sich nun keine Spur mehr von der Trübung des Sensoriums, keine Hallucinationen mehr (nachträglich von dem Pat. selbst ausdrücklich bestätigt!) und keine stürmischen Affekte. Nur stundenweise traten in den ersten Tagen noch blande Anwandlungen melancholischer Stimmung mit der Neigung zu Selbstanklagen auf. Im Uebrigen aber war sein Geisteszustand ein recht merkwürdiger und blieb es ziemlich gleichmässig noch durch viele Wochen. Er wusste, dass er schwer krank gewesen sei, für die Gegenwart aber äusserte er nur, dass er dem Arzte vertrauen müsse. Der äusserlich hervorstechendste Zug war ein hoher Grad von Rathlosigkeit. Er war sich in keiner Weise klar, wie er sich zu verhalten habe, ob er essen oder nicht essen, ob er reden oder schweigen solle. Beständig bat er den Arzt um genaueste Anweisungen über alles Einzelne, welchen er dann in peinlicher Befolgung nachkam. Weil es ihm so anbefohlen war, blieb er ruhig im Bett liegen und sprach nur, wenn er gefragt wurde. Dabei hatte er jedoch ein sehr lebhaftes Bedürfniss sich mitzutheilen, welchem er dann bei jeder ärztlichen Visite Folge gab. Er erzählte dann stets in geheimnissvollem Flüstertone, welche Fülle von Fragen und eigenthümlichen Gedanken ihn bewegten. Bald waren es religiöse, bald philosophische, zumeist jedoch mathematische Probleme, die ihn nicht zur Ruhe kommen liessen. So ungefähr lautete seine eigene Darstellung seines Geisteszustandes, und man hätte wohl annehmen können, dass es sich um „Zwangsvorstellungen" oder „Grübelsucht" in dem Falle handle. Wenn man aber näher zusah, so war der Ausgangspunkt ausnahmslos in dem Be

mühen gelegen, die Vorgänge um ihn her und seine Situation zu begreifen, und es liess sich allemal nachweisen, dass seine Rathlosigkeit lediglich durch die Eigenbeziehung bedingt wurde, welche in geradezu klassischer Reinheit und Isolirtheit als einziges Krankheitssymptom zurückgeblieben war. Ich kann dies hier leider nicht in's Einzelne verfolgen und muss mich darauf beschränken darzuthun, dass die charakeristische Eigenbeziehung bei ihm bestand.

Noch am 28. Juni 1890 schrieb er aufgefordert, die Beobachtungen, welche ihn zum „Grübeln“ anregten, einzeln aufzuführen, unter Anderem: „Eigenthümliche, mir nicht ganz zufällig erscheinende Stellungen von Personen, Wärtern und . . . Kranken, und zwar sowohl im Hause als im Garten. Wiederholtes Erscheinen des Herrn Oberwärters. Auffälliges Angesprochenwerden von Kranken, so z. B. „guten Morgen“, wo es nach meiner Meinung „guten Tag“ heissen sollte. Häufige Wiederholung: „schönes Wetter“; „es wird regnen“ oder dergleichen auf das Wetter sich beziehende Aeusserungen sowie auf die Ruhe und den Schlaf der vergangenen Nacht. Es erscheint mir, ... als ob ich mit meinen Gedanken, Bewegungen und Handlungen bestimmte andere Personen quasi rufe und veranlasse zur Vornahme von Bewegungen, Handlungen oder zum Sprechen und dass mir dieselben gleichsam zuvorkämen in dem, was ich zu thun beabsichtige“ . . . „Zuweilen fühle ich mich unsicher gemacht, . . . dadurch dass zum Herbeiholen von Gegenständen, Fortschaffen von Geräthen und dergleichen Verrichtungen ein Weg ausreichend gewesen wäre, während mehrere gemacht wurden. Es scheint mir nicht unwesentlich su sein, ob eine Berührung von Personen unter einander, von Personen und Gegenständen stattfindet oder nicht, sowie ob die vorhandenen Schuhe, Stiefel, Mäntel und Kleider beim Austreten aus dem Saale oder Aufenthalt in demselben benutzt werden oder nicht.“ . . . „Wenn ich wiederholt auf mir bekannte Einzelheiten aus der Zeit meines Krankseins in Gedanken zurückkomme, scheine ich dadurch in meiner Umgebung gewissermassen Impulse zu entsprechenden Handlungen zu ertheilen und meine, es müssen auch Rückwirkungen, Reflexe oder dergleichen auf mich stattfinden, ohne dass ich jedoch in der Lage wäre, dieselben zu empfinden, richtig zu deuten und die korrespondirenden Handlungen folgen zu lassen, und doch glaube ich nicht so krank oder schon wieder so weit gesund zu sein, die Erklärung für diese Zustände . . . fassen zu können.“ Zum besseren Verständniss dieser letzten Bemerkung ist hinzuzufügen, dass er schon vorher in einer ebenfalls interessanten schriftlichen Darlegung als das Ergebniss seines Nachdenkens bezeichnet hatte, „dass dem Ganzen (scil. dem Anstaltsbetriebe) eine einfache Regel, in allen Bewegungen, Handlungen etc. ein einfaches Gesetz zu Grunde liegt und von dem Patienten erkannt und richtig befolgt werden muss, bevor vollständige Heilung erklärt werden kann.“ Mit seiner Berufsthätigkeit als Mathematiker hängt nun wohl die specielle Gedankenrichtung zusammen, dass er besonders die Zahlenverhältnisse unablässig kombinirend in's Augefasste, wozu eine weitere Anregung noch dadurch geboten wurde, dass von älterer Zeit her alle Thüren der Anstalt mit Nummern versehen sind.

Die Eigenbeziehung blasste bei dem Patienten nur sehr langsam ab; die äussere Unsicherheit schwand zwar bald und sein Verhalten gleicht seit

über einem Jahre vollkommen dem eines Gesunden, [1]) — seit $^1/_2$ Jahre geniesst er auch schon völlige Freiheit der Selbstbestimmung und Bewegung —, aber da er mit genügender Einsicht auf sich achtet und im wohlverstandenen eigenen Interesse Auskunft giebt, so erfuhren wir, dass der letzte Rest fehlerhafter Eigenbeziehung erst seit etwa 2 Monaten geschwunden ist. Das Körpergewicht hat um 16 Pfund zugenommen. Er wird nächstens seine bürgerliche Thätigkeit wieder aufnehmen.

Das Charakteristische im Ablauf der Symptome und die Analogie dieses Falles mit dem zuerst mitgetheilten leuchtet wohl ohne Weiteres ein, sodass ich nichts hinzuzufügen brauche. Der Fall illustrirt auch sehr deutlich die klinische Leistungsfähigkeit und Verwerthbarkeit der „Eigenbeziehung“ als eines symptomatischen Terminus.

Die psychologische Reaktion auf die durch die Eigenbeziehung beeinflussten Wahrnehmungen der Kranken, also die sekundäre Symptomatologie ist natürlich individuell sehr verschieden geartet. Der letzte Fall, wie auch viele andere, lehrt, dass nicht immer Misstrauen und Beeinträchtigungsfurcht die Folge zu sein braucht, wenn dies auch überwiegend häufig der Fall ist. Wenn das Bewusstsein, geisteskrank gewesen zu sein, vorhanden ist und namentlich wenn dasselbe durch den Arzt in geeigneter Weise wach erhalten werden kann, wird dasselbe an sich schon einen gewissen Schutz bieten gegen zu schnelle und feste Wahnbildung. Die wahnhaften Erlebnisse der schwereren Krankheitsperiode, noch nicht ganz durch die besonnene Kritik verdrängt, werden, wenn auch ohne tiefgreifende Ueberzeugung, so doch noch halb traumhaft eine Weile fortgesponnen. Die ohnehin durch die Eigenbeziehung unterhaltene Unsicherheit in der Auffassung der Lage wird das zur perniciösen Wahnbildung nothwendige Vertrauen in die eigene Urtheilskraft nicht recht aufkommen lassen und um so weniger, wenn dem akuten Stadium intensive melancholische Affekte beigemischt waren und vielleicht ausserdem noch die Richtung der ganzen persönlichen Denkart eine besonders bescheidene von jeher war.

---

1) Am 7. Juli 1890 hatte G. einen vollkommen typischen epileptischen Krampfanfall mit Aufschrei, klonischen und tonischen Muskelkontraktionen, völligem Bewusstseinsverlust, Reaktionslosigkeit und nachträglicher Amnesie. Beim Erwachen daraus trat Erbrechen ein. Seitdem wiederholten sich durch fast ein halbes Jahr öftere quasi rudimentäre Anfälle, in denen das Bewusstsein vollkommen erhalten blieb und nur nach einer deutlich entwickelten sensiblen Aura, deren Ausgangspunkt von dem Pat. stets in den Magen lokalisirt wurde, ein mehr weniger intensives Gefühl von Schwindel auftrat, ohne Krampfbewegungen. Diese Anfälle wurden allmählich seltener und immer schwächer, bis sie schliesslich ganz ausblieben. Aehnliches ist von dem Pat. beziehungsweise an dem Patienten früher niemals beobachtet worden. Wenngleich die Art der Anfälle selbst nicht sonderlich dafür zu sprechen schien, wurde natürlich die Diagnose der progressiven Paralyse in Erwägung gezogen. Nachdem nunmehr aber über 2 Jahre seit dem Beginne der Psychose vergangen sind, ohne dass auch nur eine Andeutung irgend einer motorischen Störung sich gezeigt hat, muss der Verdacht wohl fallen gelassen werden. Das Auftreten echter Epilepsie in dem Lebensalter des Patienten und noch dazu als einer vorübergehenden Störung ist ebenfalls kaum anzunehmen. Vielleicht hat es sich um einen reflektorisch bedingten (vom Magen aus?) Reizzustand gehandelt. Eine bestimmte Erklärung habe ich nicht; ich glaube aber nicht, dass die Beurtheilung der Form der Psychose durch diese Complikation modificirt werden müsste.

III. Paul K., Eisendreher, 36 Jahre alt, ohne erbliche Veranlagung zu Geisteskrankheit. Von Vorkrankheiten sind nur Bleikoliken zu erwähnen, welche ihn zwangen, seinen ursprünglich gewählten Beruf als Gelbgiesser aufzugeben. Möglicherweise hat er auch lues gehabt, worauf die grosse Zahl der Fehlgeburten seiner Frau hinweist. Im Uebrigen heisst es von ihm: „er war ein völlig gesunder, nüchterner, arbeitsamer Mann." Ich gebe die Sätze aus dem Berichte, welche den Anfang der Krankheit betreffen, wörtlich:

Am 27. April 1891 erkrankte er ganz plötzlich an linksseitiger Rippenfell- und Lungenentzündung; seit dem 3. Mai stellten sich unter hohem Fieber und bedeutendem Kräfteverfall plötzlich Delirien ein, mit Verkennungen, sonderbaren Gesichtsverzerrungen, Gliederverdrehungen, lautem Schreien und Brüllen, Fluchtversuchen, völliger Desorientirtheit, Angst.

Am 5. Mai Aufnahme in das Hospital O/S zu Breslau; am 10. Mai Ueberführung auf die Psychiatrische Klinik daselbst.

Der Bericht besagt: Am ersten Tage seines Aufenthaltes auf der Klinik machte Pat. den Eindruck eines Tiefbenommmenen, reagirte auf Sinneseindrücke überhaupt nicht, liess Stuhl und Urin unter sich, das Essen musste ihm gereicht werden. Eigenthümliche Jammerlaute wurden dabei von Zeit zu Zeit hervorgestossen.

„Am folgenden Tage schon endete dieser Zustand tiefster Benommenheit und es gelang aus unzusammenhängenden, vereinzelt hervorgestossenen Worten festzustellen, dass Pat. hallucinatorischen Delirien ausgesetzt war." Zugleich wurden rhytmische Greifbewegungen, alternirendes Wippen der Beine, Vor- und Rückwärtsschaukeln des Körpers beobachtet. Zeitweilig hielt er die Fäuste fest vor den Mund, bohrte mit den Fingernägeln im l. Auge, bis er ein Hornhautgeschwür sich zuzog. Später äusserte er: er glaubte auf einem Schiff durch die Luft gefahren zu sein, an einem Hause angeprallt und zerschellt zu sein, unter Seeräuber gerathen zu sein, wo ihm der Kopf abgeschlagen wurde — er hatte längere Zeit das Gefühl, als ob der Kopf vom Rumpfe getrennt wäre, und es schien ihm dicht oberhalb des Brustbeins eine Lücke zu bestehen — ; ein anderes Mal glaubte er auf einer Kanonenkugel durch die Luft geflogen zu sein.

Er producirte weiterhin eine bunte Reihe von abnormen Empfindungen, äusserte, dass seine sämmtlichen Glieder verrenkt und vom Leibe losgelöst wären etc. Durch einige Tage soll er ausserdem eigenthümliche paraphasische Zustände dargeboten haben, über welche mir keine näheren Angaben vorliegen.

„Seiner Umgebung gegenüber offenbarte er ausgesprochenen Beachtungs-, Verfolgungs- und Vergiftungswahn."

Seit Mitte Juli Nachlass der stürmischen Erscheinungen; nur noch zeitweilig aufgeregter; in solcher Erregung brachte er dann jedesmal schwere Anschuldigungen und Verfolgungswahnideen namentlich in Bezug auf Arzt und Wärter vor.

Am 3. November Aufnahme in Leubus.

Guter Ernährungszustand, vollkommen besonnene äussere Haltung; ist im Stande mündlich und schriftlich seinen Gedanken in gehöriger Ordnung Ausdruck zu geben, arbeitet mit Umsicht. Weiss, dass er krank war, hält sich aber jetzt für gesund; wenigstens im Kopfe sei er völlig klar. Seine

Stimmung ist aber keine zufriedene, wiewohl nicht immer gleichmässig. „Das ganze Anstaltswesen“ gefalle ihm nicht. Zunächst kamen immer nur ähnliche allgemeine Aeusserungen, hinter denen sich die paranoische Eigenbeziehung zu verstecken pflegt. Endlich hat er doch unzweideutig ausgesprochen, dass die Anderen um ihn her über ihn sprechen oder vielmehr „es ihm zum Anhören geben“. „Namen werden zwar nicht genannt“, aber „es kann sich ja Jeder das Seine entnehmen“, „andere Kranke nicken wieder dazu“. „Ich kann mir schon denken, wie das steht“. Einmal hat er auch gesagt, er spüre es im Leibe.

So lag der Fall, als ich die Bearbeitung abschloss. Ich glaubte danach sagen zu können, dass nach den schweren und stürmischen Erscheinungen im Krankheitsanfange nichts zurückgeblieben sei als die charakteristische Eigenbeziehung, wahrscheinlich vereinzelte abnorme Sensationen und nicht auszuschliessen, wenn auch vorläufig unerwiesen: Hallucinationen des Gehörs.

Da trat gestern — am 4. Dezember eine Verschlimmerung ein. Pat. blieb auf eigenen Wunsch von der Arbeit zurück und im Bett. Der Kopf war kongestionirt, er sprach in leicht erregtem Tone. Von seinen Aeusserungen gebe ich folgende wieder: „Es geht mir jetzt gar nicht gut; ich spüre jede Person in den Beinen, in den Ohren, in den Augen — kurz, ich werde von allen Seiten beeinflusst.“ „Ich spüre jedes Gespräch, das hier geführt wird, so den da drüben (zeigt auf einen vor sich hinmurmelnden Paralytiker): den spüre ich hier im Bein, den Herrn Doctor spüre ich auch, — ich gebe mir alle Mühe, ich mache lauter Bewegungen, nur um Ruhe zu gewinnen; meine Nerven sind aber völlig zerrüttet; — das geht in die Sprache, in den Kopf und alle Nerven; dann die Unterhaltung über Speisen und Getränke, die spüre ich im Geschmack, ich werde davon angegriffen. Gerade wie beim Kartenspiel, wo man reizen thut; sie zielen auf mich los, um mich zu reizen und um mich zu Grunde zu richten. Unbedingt muss es nicht richtig sein, es muss alles einen Zusammenhang mit mir haben. Ich kann es nicht so preisgeben; meine Lage würde dadurch vielleicht noch verschlimmert werden, — ich kann es mir nicht zusammenreimen —“ . . „Sie machen so ein Gleichniss, als ob ich mir auf meine Person etwas einbilden sollte. Dadurch werde ich geschädigt, ich weiss das ganz genau. Sie sprechen bald laut, bald leise; manchmal sprechen sie auch nicht wirklich, sondern machen auch nur Zeichen, dass ich es errathen, es fühlen muss.“ . . . „Sie unterhalten sich immer, als ob ich der grösste Betrüger und Schwindler wäre“ . . . „sie sprechen zu einander ohne Namensnennung. Wenn ich bei der Arbeit so Erde auf die Karre warf, so sagten sie: „Hier hast du, das ist das Brot von mir . . .“ Weint.

Die Betrachtung dieses Falles legt nahe, denselben zu Gunsten der Meynert'schen Theorie zu verwerthen. Doch giebt es andere Fälle, in denen bei lebhaftester Eigenbeziehung hypochondrische Sensationen fehlen oder doch sicher nur sehr wenig intensiv sind und wieder andere, in denen ein umgekehrtes Verhältniss besteht. Ich möchte deshalb alles Theoretische zunächst aus dem Spiele lassen und auch vorhin habe ich theoretische Erwägungen nur vorgeführt, weil dieselben mir zur Verständigung und zur Würdigung des klinischen Standpunktes zweckdienlich zu sein schienen.

Was nun den zuletzt geschilderten Fall betrifft, so ist derselbe, wie Sie gesehen haben, noch nicht abgelaufen. Die Prognose muss, wie ich glaube, als zweifelhaft bezeichnet werden. Es kann sich eine chronische Wahnbildung anschliessen, es kann zu einer schweren Exacerbation des stürmischen Stadiums kommen, es ist auch die Genesung keineswegs ausgeschlossen.

Darin aber, hoffe ich, werden Sie mit mir übereinstimmen, dass derselbe mit den beiden ersten Fällen in den wesentlichen Zügen des Krankheitsbildes eine vollkommene Analogie zeigt, in den wesentlichen Zügen, in welchen ich eben das Charakteristische der Paranoia acuta erblicken möchte, dass nach einem akuten Eingangsstadium, in welchem alle möglichen Gebiete psychischer Thätigkeit krankhaft ergriffen sich darstellen können, einzig und allein das pathologische Symptom der paranoischen Eigenbeziehung und eventuell noch andere der Paranoia zugehörige Symptome durch mehr oder weniger lange Zeit zurückbleiben.

II. Referate und Kritiken.

1) **Rudolf Arndt** (Greifswald): Ueber trophische Nerven (Separat-Abzug aus Archiv f. Anatomie und Physiologie. Physiolog. Abtheilung 1891.)

„Darüber, dass es trophische Nerven gibt, durch welche die Ernährung, das Wachsthum, die Vermehrung, die Schrumpfung der einzelnen Zellen eines vielzelligen mit Nerven versehenen Organismus vermittelt wird, darüber besteht zur Zeit bei den Biologen wohl kein Zweifel", so leitet Verf. seine Studie ein und führt im ersten Theil derselben aus, dsss trophische Nerven vorhanden sein müssen; alle Beobachtungen, alle Erfahrungen, die bereits, wie Verf. darthut, fasst die sämmtlichen Nervenorgane betreffen, drängen zu ihrer Annahme. Die Frage ist nur, wo haben wir sie zu suchen, wie vermögen wir sie zu finden? Wir sind wie beim Verf. immer auf etwas Originelles, Ueberraschendes gefasst. Der zweite Theil der vorliegenden Arbeit versucht nun zu zeigen, dass jeder Nerv und insonderheit jeder centrifugale Nerv in erster Reihe ein trophischer sei. „Aus den trophischen Vorgängen, die er anregt und in das Leben ruft, führt er herbei die Secretionen, Contractionen, Motionen, von denen man annimmt, dass er sie unmittelbar auslöst. Letztere sind nun das Resultat der trophischen Vorgänge, welche er, der Nerv, durch die bezügliche Kraftübertragung einleidet und vollführt." Nach dem Verf. ist die Muskelcontraction nur der Ausdruck eines verstärkten, weil beschleunigten Stoffwechsels. Und wie mit dem Muskel oder der Muskelzelle, so liegt es auch mit allen übrigen Zellen, welche durch Nerven beeinflusst werden. Zur raschen Verssändigung ann man immerhin noch von motorischen, sensibelen, secretorischen Nerven

sprechen; an sich ist der Nerv weder ein motorischer, noch schretorischer noch sensibeler, er vermittelt nur durch seine in Betracht kommenden Endzellen und Endapparate Sensibilität, Motilität und Secretion. Vielleicht wäre es richtiger, bloss von centripetal- und centrifugaleitenden Nerve oder von einer receptiven und reactiven Abtheilung des Nervensystems zu reden. Auf Reception und Reaction, Reception von Reizen, Reaction dagegen, vermittelt durch chemisch-physikalische Vorgänge — Ernährungsvorgänge gemeinhin — beruht das Leben, welches selbst in letzter Reihe bloss ein chemisch oder chemisch-physikalischer Vorgang ist, der sich aus dem, was wir schlechthin Assimilation und im weiteren Sinne des Wortes Secretion nennen, zusammensetzt". Goldstein (Aachen.)

---

2) **M. Brasch** (Berlin); Ein unter dem Bilde der tabischen Paralyse verlaufender Fall von Syphilis des Centralnervensystems.

(Neurol. Centralbl. 1891 Nr. 16—18.)

Bei den grossen Schwierigkeiten, welchen die Diagnose zwischen progressiver Paralyse und Syphilis des Centralnervensystems bietet, kann man dem Verf. für die Mittheilung des sowohl klinisch als besonders pathologisch resp. mikroskopisch ausserordentlich sorgfältig bearbeiteten Falles nur dankbar sein.

Ein 49jähriger Mann, der vor 20 Jahren luetisch inficirt und specifisch behandelt worden war, erkrankte vor 1 Jahre mit zunehmender Steifigkeit und Schmerzen in den Beinen, Urin-Stuhlbeschwerden und Erbrechen.

Stat. praes. vom 12. März 1890: Schwankender Gang, Starre der unteren Extremitäten, Romberg'sches Symptom, Analgesie in den Beinen bei erhaltenem Tastgefühl, Fehlen der Patellarreflexe, Incontinentia urinae.

Diagnose: Tabes.

Bald darauf traten psychische Störungen auf, Pat. wurde schlafsüchtig und unorientirt, verlor das Gedächtniss, benahm sich auffallend, beging Thorheiten in seinem Geschäft und sprach häufig wirr. — In der Klinik zeigte er bald darauf ausser den tabetischen Symptomen Sprachstörungén, Pupillendifferenz (L.R), reflectorische Starre der rechten, träge Reaction in der l. Pupille. Unter steigernder Apathie und Benommenheit trat 14. April nach terminaler Pneumonie der Exit. let. ein.

Die Section ergab: Pachymeningitis spinalis circumscripta, Leptomeningitis spinalis, Hyperämie des Rückenmarks. Hyperämie und Oedem des Grosshirns. Ein kirschgrosses Gumma im rechten Temporallappen. Im linken Temporallappen ein gänseeigrosser Erweichungsherd, von welchem auch Nucl. caudatus, Nucleus eentiformis, Capsula int. und Theile des Thal. opt. ergriffen sind; sowie medial sich daran anschliessend ein taubeneigrosses Gummi. Die eingehende microscopi che Untersuchung des Hirns und Rückenmarks (in lückenlosen Schnittserien) führte zu sehr interessanten Resultaten, deren ausführliche Schilderung im Original nachgelesen werden muss. Diese Resultate sind kurz zusammengefasst: Am Rückenmark Verdickung der Piä (Vermehrung der Lamellen und Zellen) und diffuse systemlose Degenerationen in den gesammten Fasersystemen; nur im Dorsalmark besondere Erkrankung der Burdach'schen und Gall'schen Stränge. Ausser-

dem im unteren Dorsalmark erhebliche Configurationsanomalien der grauen Substanz; im oberen Dorsalmark eine Heterotpie der grauen Substanz neben Formveränderungen der grauen Vorderhörner. Die vorderen und hinteren Wurzel nehmen bald mehr bald weniger an der Erkrankung Theil. In der Medalla oblongata setzt sich die Erkrankung der Fasersysteme fort. Die Kerne fast alle mehr oder weniger degenerirt.

Im Mittelhirne zahlreiche Erweichungsherde und Blutungen.

In der Grosshirnrinde bald diffuse bald herdförmige Vermehrung der Neuroglia. Die Markscheiden beider Nervi optici degenerirt.

Ebenso wie die Spinalarterien zeigten auch die Hirngefässe theilweise bedeutende Verdickungen. Bei den Artt. vertebrales und Basilaris fanden sich durch Rundzellen-Infiltration bedingte stecknadelkopfgrosse Auftreibungen der Adventitia, und in der Intima der A. vertebralis sin. kleine Neubildungen gummöser Natur.

Die Heterotopien im Rückenmark ist B. geneigt als schwächendes Moment anzusehen, welches die Lokalisirung der Lues im Rückenmarke begünstigte. Hoppe (Allenberg).

---

3) **Gutuikow**: (Aus dem Laboratorium von Prof. Obersteiner in Wien) Experimentaluntersuchungen über Anämie und Hyperämie des Gehirns in ihrer Beziehung zur Epilepsie.

(Separatabdruck a. d. Brch. f. d. ges. Phys. Bd. 49.)

Verf. hat durch Thierexperimente den Beweis zu führen gesucht, dass das vermittelnde Glied zwischen „Zerrüttung" des Nervensystems und den epil. Anfällen die Anämie sei. Unter „Zerrüttung des Nervensystems" versteht er einen functionellen Reizzustand, der durch Lues, Potus der Eltern u. dergl. m. gesetzt wird.

V. experimentirte ausschliesslich an Meerschweinchen, welche er auf einer Centrifugalmaschine in gleich näher zu beschreibender Weise dreht. Er kam bei seinen Drehversuchen bezüglich der Anämie und Hyperämie zu dem entgegengesetzten Resultat wie Salathé bei seinen bekannten Experimenten, weil dieser, wie er meint, die Thiere noch nach dem eingetretenen Tode weiter gedreht und ausserdem eine 2 Mal grössere Geschwindigkeit angewendet hatte; er bekam also stets eine postmortale Blutvertheilung, die im directen Gegensatze zu der prämortalen steht.

Um den Eintritt des Todes genau zu markiren, verfuhr V. folgendermassen: Nachdem er das Thier an dem Rade befestigt hatte, wurde an irgend einem empfindlichen Theile des Thieres eine am Rade befestigte Torsionspincette angebracht, auf welchen Eingriff das Thier mit Quiecken reagirt und zwar so lange, wie der Reiz besteht, in dem Moment nun (gewöhnlich nach $1^1/_2$ Minuten), in welchem das allmählich schwächer werdende Quiecken aufhört, wird das Rad zum Stillstand gebracht; für den Fall, dass das Thier todt ist, wird sofort die Section gemacht. Es fand sich, dass bei der Drehung mit dem Kopfe nach dem Centrum Gehirnhyperämie eintritt.

Obersteiner, welcher die Versuche Brown-Séquards, durch Durchschneidung der N. ischiadicus bei Meerschweinchen Epilepsie hervorzurufen, wiederholte,

hatte in einer grösseren Anzahl von Fällen Misserfolge, welche er sich nicht erklären konnte. V. weist nun nach, dass dies bloss scheinbar Misserfolge waren, und dass es bei allen Meerschweinchen, denen der n. i. durchschnitten wird, gelingt epilept. Anfälle hervorzurufen.

Es wurden im ganzen bei 42 Thieren ein 0,5 cm langes Stück vom n. c. ausgeschnitten; jedes Stück wurde mikroskopirt, um sicher zu sein, dass es auch ein Nerv war. 2 Thiere starben. Von den 40 überlebenden liessen sich bei sechs 1—2 Wochen nach der Operation durch Kneifen der künstlichen „zone epileptogène" epileptiforme-Anfälle hervorrufen, bei 12 leichte Hebungen der operirten Pfote. Die übrigen zeigten keine Reaction; nach einigen weiteren Tagen zeigten 4 von den ersten 6 typische Anfälle; die folgenden 12 eine Verstärkung der oben beschriebenen Erscheinung, von den letzten 22 zeigten 2 jetzt die Erscheinungen der vorigen Gruppe; 20 verhielten sich normal. Im Verlaufe der nächsten Zeit starben die ersten 6; 4 zeigten bei der Section Hyperämie des Gehirns und der Gehirnhäute und Anämie des Rückenmarkes; 2 zeigten nichts auffallendes.

Die letzten 20 wurden nun gedreht; die eine Hälfte mit dem Kopfe nach der Peripherie, die andere mit dem Kopfe nach dem Centrum. Die Drehungen wurden im Laufe von 24 Stunden einmal gemacht, bei der ersten Gruppe 1 Minute lang, bei der zweiten $1^1/_2$—2 Minuten; 168 Drehungen in der Minute.

Nach dem 3.—4. Versuche zeigten die Thiere der ersten Gruppe beim Kneifen der zone epileptogène Krümmen des Rumpfes, Kratzen der gekniffenen Stelle mit der operirten Pfote und ein leichtes Rollen der Augen. Nach dem 6. Versuche typ. epil. Anfälle.

Nach dem 9. Versuche fanden sich 2 todt; die übrigen 8 starben im Verlaufe von 48 Stunden unter Anfällen, die meist spontan auftraten. In 7 Fällen ergab die Section Hyperämie des Gehirnes und Anämie des Rückenmarkes; in einem Falle kein characteristischer Befund.

Bei der zweiten Gruppe starb 1 Thier bei dem 6. Versuche; die übrigen zeigten nach dem 9. folgendes Bild: sie sassen stumpf mit geschlossenen Augen da; keine Spur von epilept. Reaction beim Kneifen der zone epileptogène.

Nach dem 9. Versuche wurden nun 4 Thiere mit dem Kopfe nach der Peripherie gedreht; bei dem 2. Versuche starb 1; bei dem 5. ein zweites; nach dem 6. zeigten die übrig gebliebenen 2 epilept. Anfälle; beide starben im Verlaufe von 36 Stunden unter spontan auftretenden Anfällen. Die Section ergab die schon öfters angeführten Befunde.

Die übrig gebliebenen Thiere der 2. Gruppe wurden wieder mit dem Kopfe nach dem Centrum gedreht. Eines starb bei dem 12. Versuche; die übrigen 4 frassen fast gar nicht, und boten sonst denselben Anblick wie vorher.

Nach dem 15. Versuche stat. idem. Jetzt wurden sie mit dem Kopfe nach der Peripherie gedreht. Beim 1. Versuche starb eins, beim 4. ein zweites, nach dem 8. zeigten die beiden übrig gebliebenen typ. epil. Anfälle. Am Tage darauf starben auch diese; die Section ergab nichts characteristisches.

Die 14 Thiere, von denen bemerkt wurde, dass sie nach der Operation den Rumpf krümmten etc., theilte V. auch in 2 Gruppen.

Die 1. wurde mit dem Kopfe nach der Peripherie gedreht: Beim 2. Versuche starben 2; die übrigen zeigten gehäufte epilept. Anfälle und starben im Verlaufe von 62 Stunden. Die Section ergab nichts neues.

Die 2. Gruppe wurde mit dem Kopfe nach dem Centrum gedreht und zeigten Erscheinungen die noch weiterer Untersuchung bedürfen, und die V. später veröffentlichen will. (Hoffentlich auch mit Angabe der mikroskopischen Befunde. Ref.)

V. zieht aus seinen Versuchen folgense Beschlüsse:

1. Bei Drehungen eines todten Meerschweinchens, welches mit dem Kopfe zur Peripherie der Scheibe gelagert ist, erhält man Gehirnhyperämie; bei Drehungen mit dem Kopfe zum Centrum Anämie.

2. Die Blutvertheilung ist bei solchen Versuchen mit todten Meerschweinchen einzig und allein den Gesetzen der Centrifugalkräfte unterworfen, und verhält sich daher das Blut dabei genau wie jede andere Flüssigkeit, welche sich in einem System elast. Röhren befindet.

3. Bei Drehungen eines lebenden Meerchweinchens mit dem Kopfe zur Peripherie erhält man Gehirnanämie, bei Drehungen mit dem Kopfe zum Centrum Gehirnhyperämie.

4. Die Blutvertheilung bei einem lebenden Meerschweinchen ist während der Drehungen von 2 entgegengesetzt wirkenden Factoren abhängig: der eine derselben ist die Centrifugalkraft, der andere — höchst wahrscheinlich — die Function des vasomotor-Centrums. Die Blutvertheilung unterliegt also in diesem Falle nicht ausschliesslich den Centrifugalgesetzen.

5. Nach Drehungen von Meerschweinchen, denen vorher ein Stückchen des n. ischiadicus ausgeschnitten worden war, erhält man, wenn der Kopf zur Peripherie gekehrt ist, eine Verstärkung der epil. Anfälle; wenn aber bei diesen Thieren vor den Drehungen sich noch keine Anfälle gezeigt haben, so treten diese jetzt auf. Bei Drehungen mit dem Kopfe zum Centrum wird nichts ähnliches beobachtet.

6. Anämie des Gehirnes ist der Aeusserung der Nervenzerrüttung in Form epil. Anfälle förderlich; Hyperämie des Gehirnes trägt dazu nichts bei.

7. Gehirnanämie ist bei Meerschweinchen dasjenige Moment, welches vermittelnd steht zwischen Zerrüttung des Nervensystems und Aeusserung derselben in Form epilept. Anfälle. Jene Gehirnhyperämie, die häufig bei solchen Thieren constatirt werden konnte, die nach heftigen epileptischen Anfällen starben, ist selbstverständlich nur eine Folgeerscheinung der Anfälle.

Koenig.

---

4) **Ewald.** Demonstration einiger Thiere ohne inneres Ohr. Naturwissenschaftlich-medicinischer Verein in Strassburg. Sitzung am 15. Mai 1891. Deutsch. med. Wochenschr. Nr. 34.

Eine Taube, welcher nach der alten Methode beiderseits die Canal. extern. und posterior. durchtrennt worden sind, zeigt starke Gleichgewichtsstörungen. Dagegen kann eine andere Taube, welcher dieselben Canäle mit der Plombenmethode durchschnitten worden sind, ganz gut fliegen und zeigt ganz geringe Störungen.

Ein Hund, der beide Labyrinthe verloren hat, zeigt als einzige deutliche Störung die Unfähigkeit, in die Höhe zu springen und springt ungewöhnlich ungeschickt von einer Höhe herab.

Die Tauben mit doppeltem Verlust des Labyrinths lernen nie wieder fliegen. Wohl aber geht die Fressstörung und die Störung im Gebrauch des Schnabels wieder zurück. Die Thatsache, dass bei Tauben hierbei keine vollständige Taubheit ist, ist inzwischen von Prof. Fano in Genua durch eigene Beobachtungen bestätigt worden.

Man sieht nach einseitiger Entfernung des Labyrinths Unterschiede im Gebrauch und der Haltung der Extremitäten beider Seiten. Es handelt sich jedoch dabei nicht um Störungen des Gleichgewichtes. Dagegen scheint eine direkte Beziehung zwischen den Muskeln und dem Labyrinth zu bestehen.

P.

---

5) Prof. **Bernhardt** (Berlin): Beitrag zur Lehre von den familiären Erkrankungen des Centralnervensystems.

(Virchow's Archiv Bd. 126 Heft 1.)

46jähriger Herr E. L. erkrankte vor 3 Jahren an einer allmählig sich entwickelnden spastischen Spinalparalyse der unteren Extremitäten. Vor einem Jahre begann auch die Sprache nasal zu werden und die Lippen- und Gaumenbuchstaben wurden seitdem nur schwierig ausgesprochen. Ausserdem besteht leichte Facialisparese links, öfteres Verschlucken, beiderseitige Abducensparese, Nystagmus- ähnliche Zuckungen bei dem forsirten Blick nach rechts und links; rechte Pupille grösser als die linke.

Die Eltern des Pat. sind nicht nervenleidend gewesen. Aus ihrer Ehe entsprossen acht Kinder, 6 Knaben und 2 Mädchen. Eine der letzteren soll in ähnlicher Weise leidend gewesen sein wie der Patient. Die andere Schwester (40 Jahre alt) ist etwas „nervös". Zwei der Brüder starben ohne Nervenleiden vor dem 30. Lebensjahre. Die Tochter des Einen ist „nervös"; zwei Söhne des Anderen sind blödsinnig. Die drei anderen Brüder erkrankten mit Anfang der dreissiger Lebensjahre an spastischer Spinalparalyse der unteren Extremitäten ohne dass andere Symptome wie bei Herrn E. L. hinzugetreten wären. Eben wegen dieser bei Herrn E. M. dazugekommenen, auf eine Verbreitung des pathologischen Processes auf Medulla oblongata und Pons hindeutenden Symptome ist Verf. geneigt, bei allen vier Brüdern eine unvollkommene Form der multiplen Sklerose oder eine andere Form von auf mangelhafter congenitaler Bildung beruhender Erkrankung anzunehmen. Den Schluss der Abhandlung bildet eine Uebersicht über die Literatur des familiären Vorkommens ähnlicher Krankheitsformen.

Feist.

---

6) **A. Joffroy** et **A. Létienne** (Paris): Contribution à l'etude de la syphilis cérébrale; hémorrhagie cérébrale, artérite gommeuse et thrombose du tronc basilaire.

(Archives de méd. expér. et d'anat. path. 1891. Heft 3.)

Ein 39jähriger Bureaubeamter, welcher vor 8 Jahren einen harten Schanker des Mittelfingers acquirirt hatte, wurde fast die ganzen 8 Jahre hindurch von Fournier mit Hg und Jod behandelt. Nichts destoweniger

stellten sich schon nach 3 Jahren Symptome visceraler Lues ein. Bald darauf traten Cerebralerscheinungen (Kopfschmerzen, vorübergehende Aphasie und Lähmungen, Abnahme der geistigen Leistungsfähigkeit etc.) in den Vordergrund. Der Tod trat sehr plötzlich ein im 39. Lebensjahre. Patient war nicht hereditär belastet, hatte nicht getrunken und ausser der Lues keine schwerere Krankheit gehabt. Bei der Autopsie fand man eine weitverzweigte Arteritis der Cerebralarterien, mehrere frühere apoplectische Herde und eine im Anschluss an einen ulcerirten Gummiknoten der Intima entstandene Thrombose der art. basilaris. Da im vorliegenden Falle jede andere Ursache fehlt, so muss die Arterienerkrankung auf Lues zurückgeführt werden; wesentlich betheiligt war die Intima der Arterien, nicht die äusseren Gefässhäute. Die nicht selten besondere Gefährlichkeit der Lues nach extragenitalen Sklerosen betont Fournier. Interessant ist der rasche maligne Verlauf trotz der energischen, rationellen Behandlung bei einem sonst robusten Individuum. Strauscheid.

---

7) **Ch. Dana.** Zur Differentialdiagnose zwischen cerebraler Blutung und Erweichung.

(Medic. Record 1891 Nr. 30.)

Verf. giebt einige Anhaltspuncte für die differentiale Diagnose zwischen Hirnblutung, Erweichung und Embolie, — die sehr schwierig, oft geradezu unmöglich ist — indem er 74 von ihm beobachtete, zur Section gekommene Fälle analysirt. Dies ist die einzige Methode zuverlässige Resultate zu erzielen, wenn D. auch selbst zugiebt, dass eine gewisse Möglichkeit für Irrthümer durch die Beschränkung auf die letalen Fälle gegeben ist.

Die Dauer der Krankheit beträgt im Durchschnitt, in Fällen mit tödtlichem Ausgang: bei Ventrikelblutungen 1—3 Tage, bei anderen centralen Hämorrhagien und Blutungen der Oberfläche eine Woche, bei acuter Erweichung 1—10 Wochen. Wichtig für die Diagnose ist das Alter. Nach Ansicht D.'s treten Hämorrhagien häufiger als gewöhnlich angenommen wird in den 40ger Lebensjahren auf. Die Hauptzahl der Fälle liegt zwischen 30—50 Jahren. Die meisten Erweichungen scheinen in dem Zeitraum zwischen 50 und 60 Jahren aufzutreten, wenigstens gilt das für die thrombotischen.

Was den Sitz des Processes betrifft, so bestätigt die Beobachtung, dass 1) Embolien meist auf der linken Seite auftreten, und dass 2) Hämorrhagien und Embolien ihren Sitz in der Mehrzahl der Fälle im Gebiet der Art. cerebri media haben. Sitzt das Leiden daher im Gebiet der Art. post cerebri od. vertebralis, so wird es sich wahrscheinlich um eine Erweichung thrombotischer Natur handeln.

Sowohl bei Blutungen als bei Emollition stellen sich Delirien ein, wenn nicht schon innerhalb 4—5 Tagen der Tod eintritt. Kurze Anfälle tiefster Bewustlossigkeit deuten auf Thrombose, ebenso prämonitorische leichte Anfälle. Am tiefsten ist die Bewusstseinsstörung bei ventriculären Blutungen, geringer bei oberflächlichen, meningealen. Ein schnelles Uebergehen von partieller zu tiefer Bewusstseinsstörung lässt annehmen, dass die Blutung in die Ventrikel durchbrochen ist, während Convulsionen auf einen Durchbruch der Blutung auf die Oberfläche schliessen lässt. Tritt der An-

fall ohne Bewusstlosigkeit auf, folgt diese aber sehr bald darauf, so lässt das auf Embolie schliessen. Convulsionen sind in der Regel das Symptom für Hämorrhagie, doch können sie auch bei acuter corticaler Erweichung auftreten. Frühzeitige Muskelrigidität, besonders auf der paralytischen Seite tritt fast nur bei Hämorrhagien auf, und zwar hauptsächlich bei ventriculären, selten (3 Fälle) bei Thrombose und noch seltener (1 Mal) bei Embolien. Bei Hämorrhagien besteht meist Verengung und Unregelmässigkeit der Pupillen und mangelhafte Licht-Reaction. Ungleiche Pupillen findet man am häufigsten bei Blutungen an der Oberfläche, wobei die Dilation sich meist auf derselben Seite, wie die Hämorrhagie befindet. Bei acuten Erweichungen wurden ungleiche Pupillen selten beobachtet.

Auf eine Läsion der Oberfläche muss man schliessen, bei Convulsionen mit conjugirter Deviation der Augen (und des Kopfs) nach der Seite hin. Anaesthesie tritt am häufigsten bei Erweichung auf. Bedeutende Hemianaesthesie zugleich mit mässiger Lähmung spricht für Erweichung. Die Temperatur sinkt bei Beginn des apoplektischen Anfalls mehrere Grade, nach einigen Stunden fängt sie jedoch an zu steigen, und erreicht oft, bei letalen Fällen eine bedeutende Höhe, während die Erweichung sich dadurch vor der Hämorrhagie auszeichnet, dass bei ihr die Körpertemperatur von Anfang an weniger beeinflusst ist, und wenn es der Fall ist, so doch nur auf der gesunden Seite.

Ist der Pat. zwischen 30 und 50 Jahren, und hat er kein Herzleiden, so verhielt sich die Wahrscheinlichkeit für Hämorrhagie wie 6 zu 1. Symptome für Hämorrhagie sind also: Alter 30—50 Jahr, plötzliches Auftreten mit Coma, Rigidität, stark ausgesprochene Lähmung, ungleiche Pupillen, Verbindung von Convulsionen mit Deviation, obenerwähnte Temperaturstörungen. **Kurella.**

---

8) **Sanna Salaris.** Sulla localizzazione del rifiess opatellare nel midollospinale. (Annali di freniatria 1890. Fasc, II.)

Fall von tabischer Paralyse bei einer 26jährigen Frau, deren Nervensystem bei genauer mikroskopischer Untersuchung Neuritis parenchymatosa des l. u. v. Ischiadicus, Degeneration der spinalen Wurzeln, besonders im Lumbo-dorsalmark, besonders der linken hinteren, diffuse chronische Myeloencephalitis, sclerotische Herde in den Hintersträngen und in der Peripherie der Marksubstanz ergab.

Verf. glaubt, dass das Centrum des Patellar-sehnenreflex kein genau umschriebenes sei und hält die Frage, ob die Läsion der ganzen Westphal'schen Stelle oder nur eines Theils derselben das Kniephänomen verschwinden lasse, für bis jetzt noch unentscheidbar. **Feist.**

---

9) **Wladimir Muratoff** (Moskau). Zur Topographie der Bulbärveränderungen bei Sclerosis lateralis amyotrophica. (Neurol. Centralbl. Nr, 17.)

In 3 Fällen von amyotropischer Lateralsclerose, bei welcher M. ausschliesslich die Bulbärveränderungen studirte, fand er in der grauen Substanz folgende Veränderungen:

1) Atrophie des Hauptkerns des Hypoglossus, in 2 Fällen vollständig in einem partielle Atrophie der Hypoglossuswurzel.

2) Leichte Atrophie im hinteren Kerne des N. Vagus.

3) In einem Falle deutliche, im 2. geringere Atrophie des Facialiskerns (im 3. Fall Facialiskern normal), im Austrittsschenkel partielle, im Facialisknie und in den um den Abducenskern liegenden Fasern vollständige Atrophie.

4) Am motor. Trigeminuskern in einem Fall schwach ausgeprägte Atrophie.

(Glossopharyngeus, Abducens u. Oculomotorius- Kerne waren in allen 3 Fällen intact.)

In der weissen Substanz fand sich:

1) Sclerosis der Pyramidenbahn in ihrer ganzen Ausdehnung.

2) Nicht deutlich ausgesprochene Atrophie des hinteren Längsbündels des verlängerten Marks; am stärksten in dem Falle, wo der Hypoglossuskern vollständig atrophirt war, also in vollständiger Uebereinstimmung mit den Veränderungen der Kerne.

3) In allen 3 Fällen Degeneration des Vorderstranggrundbündels.

4) Degeneration der Raphefaserung nur im ventralen Theile auf der Höhe des Hypoglossus.

5) Zerstreut atrophische Bezirke im ventralen Theil der Schleifenschicht in der Höhe des Hypoglossus, des Abducens und Facialis.

Hoppe (Allenberg).

---

10) **Tranquilli.** Sopra un caso di atrofia progressiva (sclerosi laterale amiotrofica). — Ueber einen Fall von progressiver Atrophie. (Amyotrophische Lateralsclerose.)

(Arch di Psich. Sc. pen. e Antrop. Crim. XI, H. 5—6.)

Der von dem Verfasser sehr vollständig untersuchte Fall zeigte die characteristischen motorischen Störungen: die Abmagerung begann im rechten Daumen; in weniger als zwei Monaten dehnte sich die Atrophie und Parese auch auf die Hand und den deltoideus aus. Es zeigten sich hartnäckige fibrilläre Zuckungen; 6 Monate darauf wurde auch die linke Hand ergriffen. Pat. zeigte spinale Epilepsie, Steigerung des Westphal'schen Phänomens, und mehr oder weniger gesteigerte spastische Phänomen in Form von unwillkürlichen clonischen Zuckungen in der Muskulatur der oberen Extremität des Beines und beider Schultern. Der Verlauf der Krankheit war ein schneller, und in weniger als zwei Jahren bestand vollkommene Atrophie der Brust- und Abdominalmusculatur, bulbäre Symptome, und zu Ende des zweiten Jahres trat der Tod ein. Verfasser weist in diesem seinem Falle sowohl die Symptome der amyotrophischen Lateralsclerose, als auch die der progressiven, protopathischen Muskelatrophie nach, und bestreitet schliesslich die Berechtigung einer anatomopathologischen und klinischen Unterscheidung der drei Typen: progressive Muskelatrophie (Duchenene Aran) Bulbärparalyse und amyotrophische Lateralsclerose. Ottolengki.

---

11) **F. X. Dercum.** M. D. The back in the railway. spine.
(The american Journ. of. the. med. sciences. Sept. 91.)

Dr. Dercum hebt hervor, dass Schmerzen bei Palpation nnd Percussion in Railway spine oft gute Diagnostiken geben, die besten aber giebt die Untersuchung der Haltung in Ruhe und Bewegung, was durch sehr hübsche Phototypien instructiv erläutert ist. Henrik Dedichen (Horten).

---

12) **A. Saccozzi.** Laso d'idrocefalo cronico in donna die 44 anni.
(Annali di freniatria 1890. Fasc. II.)

Genau beschriebener, mikroskopisch untersuchter Fall von Hydrocephalus, dessen Horizontalumfang 607 mm betrug.

Die Erkrankung begann im 2. Lebensjahre mit Krämpfen und führte zu Contracturen, besonders der unteren Extremitäten, Abweichung beider Bulbi nach rechts, Nackensteifigkeit mit nach rechts geneigter Kopfhaltung, Abschwächung aller Sinne, besonders des Gesichtssinns. Die Intelligenz war relativ gut erhalten. Die einzelnen Symptome finden an der Hand der anatomischen Untersuchung und der einschlägigen Literatur eine eingehende Besprechung.

Verf. fand in der Adventitia der Piagefässe der Hirnbasis Rundzellenanhäufungen, die er als Tuberkel deuten zu dürfen glaubt. Eine alte Tuberculöse Meningitis soll dennoch die Ursache des Leidens sein; das Individuum ging an Phethisis zu Grunde. Feist.

---

13) **Oebecke** (Bonn): Ueber Meningitis cerebrospinalis.
(Berl. Kl. Wochenschr. 1891. Nr. 41.)

Die beiden Fälle, welche Verf. beschreibt, um der neuerdings hervorgetretenen Ansicht, dass die Cerebrospinalmeningitis secundär durch eine larvirte Pneumonie bedingt sei, zu begegnen, sind interessant wegen des ausserordentlich rapiden verderblichen Verlaufs, welchen die Krankheit bei 2 Brüdern (von 10 und 13 Jahren) zu gleicher Zeit nahm. Sie begann in beiden Fällen bei den sonst gesunden Kindern nach nur mehrstündigen Vorboten von allgemeinem Uebelbefinden, Müdigkeit, Kopfweh, Erbrechen, sofort mit gewaltigen, stundenlang anhaltenden allgemeinen Convulsionen und zeitweiliger grösserer oder geringerer Benommenheit, welche nach der ersten stürmischen Nacht anscheinend einer allgemeinen Besserung wich (nur Trismus bestand noch), um nach einer zweiten gleich stürmischen Nacht unter ruhigem äusseren Verhalten in den Tod überzugehen. Die Section zeigte in ausgeprägter Weise und sehr reichlichem Maasse an Gehirn, Rückenmark und ihren Adnexen den gewöhnlichen Befund.

Hoppe (Allenberg).

---

14) Dr. **Claes** (Mühlhausen): Ein Fall von Rindenlähmung nach Bruch der Hinterhauptschuppe.
(Vorl. Mittheilg. Berl. Kl. Wochenschr. 1891. Nr. 37.)

Durch Sturz aus der 2. Etage erlitt das $2^1/_4$ Jahre alte Mädchen einen subcutanen Bruch des Hinterhauptbeines, welcher von tiefer Bewustlosigkeit gefolgt war. Am Hinterhaupt entstand eine Kinderfaust grosse fluctuirende Geschwulst, aus welcher am 9. Tage Cerebrospinalflüssigkeit ausfloss. Einige Tage nach der Verletzung bestand rechtsseitige Ptosis, beider-

seitige Abducenslähmung, rechtsseitige Parese, totale Erblindung beider Augen bei normalem Spiegelbefunde, sowie nach Rückkehr des Bewusstseins Aphasie (Ausstossen unarticulirter Laute). 4 Wochen darauf wurde bei Freilegung der Hinterhauptsschuppe eine 10 cm lange von unten rechts nach oben links verlaufende sich dort in 2 Schenkel spaltende Fissur gefunden, zwischen welcher das Schädeldach eingedrückt war. Durch Resektion des höheren Randes wurde diese Platte beweglich gemacht und gehoben. Nach der Mitte zu, wo die Fissur einige mm breit klaffte, war eine etwa Haselnuss grosse Gehirnmasse ausgetreten, die dem Cuneus resp. der ersten Occipitalwindung angehörte.

Nach der Operation gingen fast sämmtliche Erscheinungen im Laufe weniger Wochen zurück; nur die Bewegungen des rechten Beines waren Monate lang ataktisch, der linke Sehnerv zeigte eine deutliche Verfärbung der Pupille und nach Heilung der Wunde (3 Wochen nach der Operation) trat eine eigenthümliche trophische Störung an der rechten (früher gelähmten) Hand auf, welche in epiphysärer Knochenauftreibung und Schwellung der umgebenden Weichtheile bestand, nach Abschwellung des Handrückens zuerst an den unteren Epiphysen der Metacarpalknochen sich zeigte, allmählig nach der Peripherie vorrückte und schliesslich mit Exfoliation der Fingernägel endete.

C. verspricht für später eine eingehendere Beschreibung dieser Folgezustände. Hoppe (Allenberg).

---

15) **W. J. Collins u. L. Wilde** (London): The Pathology of ophthalmoplegia.

(The American Journ. of the med. seiences. Nov. 1891)

Nach einer Uebersicht über die Geschichte der Frage geben die Verf. einige statistische Mittheilungen, die aus der klinischen Literatur Englands gezogen sind. Von 141 Fällen konnten 21 nicht mitgerechnet werden. Von den übrigen waren 65 % Männer. Im Decennium des Alters waren: I. (0—9 Jahre) 8, II. 17, III. 26, IV. 28, V. 19, VI 6, VII. 4, VIII 3, unbekannt 9 = 120. Lues wahrscheinlich: 33 %. Beide Augen angegriffen 48 mal, das eine 61 mal, wovon 30 links, 31 rechts, unbekannt 11, 65 mal intraoculäre Muskelaffection, wovon 27 mal sowohl Iris als ciliaris. Nur Iris 31, nur ciliaris 3 mal. Die angegriffenen Nerven waren: III 47 (18 complet, 29 incomplet), III, IV und V. 42, VI 11, III und IV 8, III und VI 4, IV und VII 2, IV 1 mal, unbekannt 4. 26 genasen, 14 boten gute, 15 keine Besserung dar. 2 waren progressive, 22 letal. Unter 10 Jahren starben 50 %, über 10 Jahren nur 23 %.

Dedichen (Horten).

---

16) **L. Goldstein.** Ueber die Wirksamkeit der Aachener Kurmittel bei Krankheiten des Nervensytems.

(Separat-Abdruck aus Balneol. Centralbl. 1890. No. 5.)

Verf. hält frische Fälle von Ischias für ungeeignet für die Thermalbäderbehandlung; erst wenn die Erkrankung den längere Zeit angewandten innern und äussern Mitteln nicht gewichen ist, ist eine solche gerathen. Gegen rheumatische Ischias und die anderen Neuralgien ist die heisse Douche

sehr am Platze. Bei motorischen Lähmungen peripherer Natur sind langdauernde Bäder von ziemlich hoher Temparatur von Nutzen, so auch bei der multiplen Neuritis im Stadium der Regeneration der Nervenfasern.

Bei Tabes dorsalis hat Verfasser sehr gute Resultate mit Inunction und Badekur gesehen. Durch das Quecksilber hat Verf. bei beginnender Tabes auffallenden Stillstand beobachtet. Auch Syphilis des Rückenmarks in der Form der Myelitis oder Myelomeningitis chronica hat Verf. durch die erwähnte combinirte Behandlung gut beeinflusst gesehen, wenn jene noch nicht in das Stadium der Sclerosirung getreten war. Es bedarf dieses Leiden ebenso wie die Hirnsyphilis einer möglichst frühzeitigen und möglichst langen, durch Jahre fortgesetzten Behandlung.

Die Bäder sollen die Hg-Inunction unterstützen, indem sie den Körper für die Aufnahme des Hg. geeignet machen. Feist.

---

17) **Mairet.**. Borax-Behandlung der Epilepsie.
(Progr. méd. 1891, Nr. 44.)

Unter den zahlreichen neuen Mitteln, die immer wieder gegen Epilepsie versucht werden, sind Antipyrin, Antifebrin und Borax die neuesten. Verf. hat bei Anwendung dieser Mittel auf seiner Abtheilung gefunden, dass die beiden ersteren nutzlos sind, und dass Antifebrin toxische Erscheinungen hervorrief, die ihn nöthigten, die Behandlung zu unterbrechen. Borax dagegen war in zahlreichen Fällen von gutem Erfolge.

Die Anzahl der zu behandelnden Patienten darf nicht gering, und die Zeit der Behandlung muss ziemlich lang sein, um ein Urtheil zu gewinnen. Verf. hat das Medicament bei 31 Kranken über ein Jahr hindurch versucht; er lässt jedoch die Möglichkeit offen, dass eine noch ausgedehntere Erfahrung sein jetziges Urtheil darüber modificirt.

Englische und amerikanische Aerzte haben schon seit ungefähr 10 Jahren den Borax in der Behandlung der Epilepsie eingeführt, so Gowers, Hill u. a. die alle eine günstige Wirkung berichten. In Frankreich hat es Féré auf seiner Abtheilung in Bicêtre angewendet, und Dijoud theilt 24 Beobachtungen über Borax-Wirkung mit. In 2 der von ihm angeführten Fälle waren die Anfälle ganz ausgeblieben, in 9 waren sie an Zahl erheblich zurückgegangen. Bei 9 Patienten war deutliche Besserung zu merken, in 6 Fällen war das Mittel jedoch erfolglos geblieben.

Nach den Erfahrungen des Verf. ist Borax bei Epilepsie von günstiger Wirkung. Ein Vergleich mit der Bromwirkung liess sich leicht anstellen da die betreffenden Patienten fast alle vorher mit Brom behandelt worden waren. In der Regel hatten beide Mittel die gleiche oder wenigstens ähnliche Wirkung, in manchen Fällen jedoch stieg die Zahl der Anfälle während der Brombehandlung und verminderte sich die Anwendung von Borax. Bei einigen Patienten hatte Bromkali, wenn es auch die Zahl der Anfälle herabsetzte, einen ungünstigen Einfluss auf den psychischen Allgemeinzustand, was bei Borax nicht beobachtet wurde. Verf. theilt die von ihm beobachteten Fälle in 2 Gruppen: Zu der ersten gehören alle die Fälle, in denen es sich um die reine Neurose handelt, hier wirkte bei einzelnen Patienten Brom günstig, Borax dagegen ungünstig. Die 2. Gruppe bilden die symptomatischen Epilepsien, die der Ausdruck eines organischen, chronischen Hirn-

leidens sind; bei ihnen war Borax immer von gutem Erfolg, während die Brombehandlung bei einigen aufgehoben werden musste, weil sie den Zustand verschlimmerte. Indessen hat sich Borax in Dosen von 12 Gramm täglich auch in vielen Fällen von reiner Neurose von günstigem Erfolge gezeigt. Eine gleichzeitige Anwendung beider Mittel ist noch nicht versucht worden, dürfte aber vielleicht angezeigt sein. Kurella.

18) **W. W. Keen.** D. M. Five Cases of cerebral surgery. (The American Journal of the med. siences. Sept. 91.)

In zwei Fällen von traumatischer Epilepsie hat Dr. Keen mit schönem Erfolge Trepanation gemacht. Einmal hat er die Trepanationsöffnung mit einer decalcinirten Beinplatte aus der Tibia eines Thieres geschlossen, einmal mit von lebendem Schafe direkt entnommenem Schädelstück. K. will von Corticalis soviel wegnehmen, dass man ganz gesunde Hirnmasse vor sich hat. Die Diagnose des kranken Gewebes lässt sich mittelst Faradisation machen. Die Trepanisationsöffnung kann man auch dadurch schliessen, dass man das vom Trepanationsstück losgemachte Periost mit der osteogenetrischen Seite nach oben einnäht, — und die Osteofication wird das Loch ausfüllen. Trepanation nach traumatischer Psychose gab nur kurze Besserung. Einmal musste er die Operation bei tumor cerebri aufgeben, weil dieser zu tief sass, einmal sah er eine nicht grosse Blutung aus einer Vene tödtlich werden. Die Krankengeschichten sind sehr genau gegeben.

Henrik Dedichen (Horten).

19) **L. Bianchi.** Contribuzione alla terapia chirurgica delle malattie cerebrali. (Annali de Nevrologia 1891. Fasc. I.)

45jähriger Arbeiter erhielt im 10. Lebensjahr durch einen Hufschlag eine Wunde an der rechten Stirnhälfte. Vier Jahre nach der Verletzung erster epileptischer Anfall. Die folgenden kamen in jahrelangen Intervallen, häuften sich aber durch Alcoholmissbrauch bedeutend. Zuletzt trat nach den einzelnen, täglich mehrfach wiederkehrenden Anfällen öfters ein postepileptisches Delir mit Zerstörungstrieb auf. Zugleich bestand in Attacken von 2—3wöchentlicher Dauer auftretender hochgradiger Kopfschmerz, von der alten Narbe ausstrahlend. Keine epileptischen Characterveränderungen; Intelligenz intakt. Die Narbe ward excidirt; das Gehirn an dieser Stelle freigelegt. Tabula vitrea, Dura, Pia und Hirnsubstanz völlig intakt. In der Folge wurden die Anfälle etwas leichter und seltener; der Kopfschmerz blieb weg (bisher 9 Monate lang). Dr. Feist.

20) **Carl Lehmayer** (Emden): Fall eines geheilten Hirnabscesses. (Berl. Kl. Wochenschr. 91. No. 37.)

Der besonders wegen des glänzenden Erfolgs der operativen Therapie interessante Fall betrifft einen 47jährigen Arbeiter, welcher im 20. und 21. Lebensjahre wegen einer Eiterbeule über dem rechten Ohr (Caries) behandelt und für (militär-) dienstuntauglich erklärt worden war. Dieselbe heilte mit Zurücklassung einer Narbe

Anfang März 89 bekam er, nachdem er bis dahin stets gesund gewesen, plötzlich heftige bohrende Schmerzen an der rechten Seite des Kopfes, welche im Bett stets an Stärke zunahmen und nach der Nackengegend sowie gegen

die Schulter auszustrahlen pflegten. Bei der Arbeit wurde er öfter so schwindlig, dass er sich festhalten musste, um nicht umzufallen; bei Bücken bekam er stets Schwindel. Nach $3^1/_2$ Wochen wurde er ins Emdener Krankenhaus aufgenommen.

Stat. praes. vom 1. April. Der elend aussehende, abgemagerte Patient ist psychisch sehr deprimirt; er klagt über unruhigen, durch Schmerzen und Träume oft unterbrochenen Schlaf, besonders aber über eine dumpfe, bohrende, andauernde, sehr heftige Schmerzempfindung an einer bestimmten Stelle, an der rechten Schädelhälfte, welche nach der rechten Schulter- und Nackengegend sowie nach dem rechten Auge hin irradiirt, und in diesem Auge über ein Gefühl, als wenn dasselbe aus der Augenhöhle getrieben werden sollte. Der Schmerzpunkt liegt etwa $1^1/_2$ cm vor der Merkel'schen Linie über der rechten Schläfe und ist auf Fingerdrucke und Percussion sehr empfindlich. Das Kauen hält schwer und verursacht Schmerzen im Kopfe, namentlich am Schmerzpunkte; ebenso ist das Schlingen fester Speisen erschwert. An den Ohren nichts pathologisches; Hörvermögen normal. Pupillen etwas erweitert. Temp. Abds. 38,4. Morg. 37,4 Apathie. —

Ende April trat plötzlich in der Nacht Lähmung und ödematöse Anschwellung des linken Beines auf. Während im Mai sich der Schwindel ganz verlor, nahmen Kopfschmerzen und Schlaflosigkeit zu; der Puls wurde langsamer und es erfolgte, nachdem schon einige Tage Kribbeln und Taubheit in der linken Hand und Gefühl von Schwere im linken Arm vorangegangen waren, am 16. Mai vollständige Lähmung der linken oberen Extremität (Puls 40) und 3 Tage darauf Ptosis. Der Kranke verfiel immer mehr, wurde apathischer und allmählig somnolent. Dabei nahmen die Kopfschmerzen aufs äusserste zu, so dass der Kranke trotz seiner Somnolenz sich fast beständig die schmerzhafte Stelle am Kopfe rieb. Beginnende Stauungspupille links. Der Kranke beantwortete nur nach einigem Rütteln Fragen mit lallender Stimme, selten richtig und vermochte nur noch Wasser zu schlucken.

Am 12. Juni Puls 38, Temp. 34,4° C., völliges Coma.

Die Diagnose wurde Mitte Mai (nach der Hemiplegie) auf Hirnabscess über den Centralwindungen gestellt, welcher mit der Caries vor 27 Jahren in aetiologischen Zusammenhang gebracht wurde. Das in der Folge stückweise Auftreten der übrigen Lähmungen liess über das Fortschreiten des Abscesses keinen Zweifel. Nach L. musste derselbe im oberen Theile des Lob. paracentralis (resp. Lob. central. post. et ant.) seinen Ursprung genommen, sich dann nach unten und vorn gesenkt haben und zwar so tief, dass auch die Centren des Facialis und Hypoglossus, ja sogar das im Gyr. angularis gelegene Centrum des Levat. papl. sup. (Ptosis) ergriffen wurde. Dieser Localisation entsprach auch die schmerzhafte Stelle.

Am 13. Juni wurde in der Nähe des Schmerzpuncktes eine etwas über markstückgrosse runde Trepanatiosöffnung angelegt, die Dura eingeschnitten, worauf ödematöse pulsirende Hirnmasse in die Schädellücke trat, und die Spitze eines Scalpells ca. 1 cm. tief in der Richtung von unten und aussen nach oben und innen gesenkt. Sofort spritzte graugelber Eiter (ca 60—70 gr.) hervor. Die Abscesshöhle wurde mit Borsäure ausgespült und weiter nach den Regeln der Chirurgie behandelt.

Schon während der Narkose nahm das bis dahin schmerzhaft verzerrte Gesicht des Kranken einen ruhigen Ausdruck an, der Puls hob sich bis zum Abend auf 65. Der Schlaf war in der nächsten Nacht ruhig. Die Temperatur wurde nach 2 Tagen normal. Am 3. Tage begann sich das Bewusstsein wieder einzustellen: am 5. u. 6. Tage schwanden die Stauungspupille und die Lähmungen vollständig, die letzteren in umgekehrter Reihenfolge als sie entstanden waren. Nach 6 Wochen war die Wunde vollständig geheilt und der Mann wieder arbeitsfähig. Hoppe (Allenberg).

---

21) **Agnew** (Philadelphia). Hirnchirurgische Ergebnisse. (Present status of brain surgery based on the practice Philadelphia (Surgeons.
(N. Y, Med. Rec. 1891 Nr. 42.)

Verf. berichtet über ziemlich zahlreiche, in Philadelphia bei Epilepsie und Herderkrankungen des Gehirns vorgenommenen Trepanationen:

In 57 Fällen handelte es sich um traumatische Epilepsie. 41 erholten sich nach der Operation, 4 starben, über 11 fehlen die Nachrichten; bei 32 constatirte man temporäre Besserung, 4 sollen angeblich geheilt sein. Ueber die andern weiss man nichts Näheres. In einem der „geheilten“ Fälle waren epileptische Atacken 18 Monate, in zwei anderen 10 Monate ausgeblieben. A. bezeichnet diese Resultate als unbefriedigend, meint aber, dass die Chirurgie sehr viel bei traumatischer Epilepsie thun kann, und zwar auf prophylactischem Wege, indem sie bei jeder Depressionsfractur, sei sie auch noch so gering, zur Trepanation schreitet.

14 Fälle von Jackson'scher Epilepsie; bei allen wurde das Centrum, von dem die Epilepsie auszugehen schien, durch die Operation entfernt. 10 Pat. erholten sich, 4 starben. Von den überlebenden war einer geheilt, 4 gebessert, 2 ungeheilt, die übrigen Fälle unbekannt. 18 Fälle von Abscessen aus verschiedenen Ursachen, meist traumatische, oder (9) durch Ohrenleiden hervorgebrachte. Alle Patienten starben innerhalb 14 Tagen.

Bei intracraniellen traumatischen Blutungen wurde in 5 Fällen Trepanation vorgenommen. 4 von ihnen überlebten die Operation und wurden geheilt.

Bei acutem und chronischem Hydrocephalus wurde 5 mal operirt, alle Pat. starben, einer jedoch erst 45 Tage nach der Operation.

Cephalalgie, wo der Schmerz auf eine Narbe am Kopf zurückgeführt wurde, gab in 5 Fällen Veranlassung zur Trepanation, 4 von ihnen wurden vollständig hergestellt. Bei Mikrocephalie wurde 7 mal operirt; 4 Pat. starben, (einer davon an Scharlachfieber) 3 überlebten die Operation. Verf. meint, es wäre besser gewesen, diese Art Patienten in Idioten-Erziehungsanstalten zu schicken, statt mit dem Messer über sie herzufallen. Nur in den mit Athetose complicirten Fällen von Microcephalie wäre möglicherweise eine Aussicht auf Besserung vorhanden.

Hirntumoren kamen nur in 4 Fällen zur Operation, in dem einen handelte es sich um ein grosses, 120 Gr. schweres Fibrom. Seit der 1887 vorgenommenen Operation hat Pat. nur 6 epileptiforme Anfälle gehabt. In einem andern Fall lag die Geschwulst im Occipitallappen und konnte nicht entfernt werden.

Am meisten indicirt ist Trepanation bei Abscessen (so bald als möglich) und traumatischen Blutungen, nächstdem bei traumatischer Epilepsie cephalalgie. Im Ganzen sprechen die Erfahrungen des Verf. mehr für Einschränkung als Ausdehnung der Trepanation. Kurella.

---

22) **Rabow und Roux.** Kraniectomie bei Idiotie. Therap. Monatshefte 1891, Juli.

Der französische Chirurg Lannelongue hat zuerst diese wichtige Frage aufgenommen und ihrer Lösung näher gebracht; seine eignen Erfahrungen hierüber hat er in einem interessanten Vortrag auf dem diesjährigen Chirurgen-Congress in Paris dargelegt. L. hat selbst 25 Operationen ausgeführt, er betont, dass er mehrere Mikrocephalenschädel untersucht und, übereinstimmend mit andern Forschern eine frühzeitige Verknöcherung der Schädelnähte gefunden hat. Bei einem Neugeborenen waren sogar die Fontanellen schon vollständig geschlossen. L. giebt zwei verschiedene, weiterhin näher zu besprechende Methoden der Schädelöffnung an. Von seinen 25 operirten Fällen verliefen 24 günstig, nur einer endete letal im Zeitraum von 2 Tagen in Folge acuter Septikaemie und beständigem Abfluss von Liequer cerebrospinalis. Eine beträchtliche Anzahl der Operirten zeigte, nach L.'s Angaben, bedeutende Besserung; einige von ihnen wurden intelligenter, bei andern verloren sich die Konvulsionen, wieder andere konnten besser sprechen und gehen.

Nachdem Roux und Rabow in der chirurgischen Klinik in Lausanne bei einer Operation Lannelongue's an einem 6jährigen idiotischen Mädchen zugegen gewesen, hat Roux selbst zwei ähnliche Operationen (kindliche Idiotie) ausgeführt. R. beschränkt sich, — da die seit der Operation verstrichene Zeit zu kurz ist, um über ihre Erfolge berichten zu können, — auf eine Beschreibung der Operationstechnik. Diese ist ziemlich einfach: Entweder macht man eigentliche Kraniectomie, mit Entfernung grosser Knochenlamellen, oder man spaltet den Schädel bis auf die Dura, indem man eine Luecke von 8 100 Millimeter Breite anlegt. Der Hautschnitt läuft parallel mit der Spalte, die man anlegen oder mit den Konturen des Knochenstücks, das man entfernen will. Weiteres über die Technik ist im Original eingesehen. R. operirte nach Lannelongue's Angabe, legte eine rechtsseitige sagittale Spalte, 1 cm. von der Mittellinie an, — um den sinus longitudinalis nicht zu lädiren. In der Nähe des Sinus ist es am besten, die Dura mit einer Hohlsonde oder mit einem kleinen Raspatorium abzulösen. In der Regel bleibt die Dura ja intact, doch ist es bei breiten Kraniectomien, in Fällen, wo entzündliche Prozesse in den ersten Lebensmonaten zur Idiotie geführt haben, besser, sie zu öffnen. Nach Reinigung der Wunde wird das zurückgeschobene Periost wieder über den Knochenrand gelegt, und die Haut mit oder ohne Drainage suturirt. Da es a priori zu erwarten ist, dass die künstliche Spalte sich, wenn das Periost verheilt, wieder mit Knochenmasse füllen wird, wodurch die weitere Hirnentwicklung wieder zum Stillstand kommt, schlagen die Verfasser vor, — was auch in zwei Fällen ausgeführt worden ist, — ein, der Spalte entsprechendes Stück Periost zu excidiren.

Die Resultate dieser Operationen wird erst die Zukunft lehren, die

bisherigen Berichte klingen befriedigend, die Kinder sind reinlicher, intelligenter ihre Sprache deutlicher geworden; indessen ist die Beobachtungszeit bis jetzt noch zu kurz, um darüber etwas zu berichten, bei einigen Operirten ist auch wieder ein intellectueller Rückgang constatirt worden.

Kurella.

III. Varia aus Vereins-Berichten.

Naturwissenschaftlich-medicinischer Verein in Strassburg. Sitzung vom 19. Juni 1891. Deutsch. med. Wochenschr. Nr. 34.

23) **Goltz** hat zusammen mit Ewald seit Sommer 1890 Beobachtungen an Hunden gemacht, denen grosse Stücke des Rückenmarkes mit dem Messer heraus geschnitten waren. Die betreffende Hündin hat ein 14 cm langes Stück des Rückenmarks, das jederseits die letzten 9. Wurzelpaare enthält, eingebüsst. Ferner ist das Brustmark in der Höhe etwa des dritten Brustwirbels quer durchschnitten. Diese Hündin besteht also gewissermassen aus drei mit einander durch gemeinsamen Blutlauf verbundenen Thieren, von denen das vordere Gehirn und Halsmark besitzt, das mittlere vom abgetrennten Brustmark nur noch innervirt wird und das hintere endlich überhaupt mit keinem Theile des centralen Nervensystems in nachweisbarem Zusammenhange steht.

An dem vorderen Thiere ist eine Abschwächung der Stimme bemerkbar, die wohl dadurch erklärt sind, dass die Bauchmuskeln nicht mehr von Hirn aus in Thätigkeit gesetzt werden können. Das mittlere Thier zeigt eine Reihe von Reflexerscheinungen, die durch das isolirte Brustmark vermittelt werden. Das hintere Thier ist vollständig gelähmt. Keine Spur von Reflexerscheinungen lässt sich an ihm wahrnehmen. Der Harn, sonst normal, muss durch Druck auf den Bauch entleert werden. Der Koth ist normal, der After nicht klaffend geöffnet. Die Kothsäule rückt nicht continuirlich vor, sondern der Mastdarm wird zeitweise leer gefunden. Merkwürdig ist, dass die Gefässe des gelähmten hinteren Thieres nicht erweitert sind. Die Temperatur der Hinterpfoten wurde gelegentlich sogar niedriger gefunden wie die der Vorderphoten. — Der Ernährungszustand des Thieres ist ein vortrefflicher, nur die Muskeln des gelähmten Hinterthieres sind in der Entartung begriffen. — Man sieht also, dass ein grosses Stück Rückenmark ohne Nachtheil für das Leben entfernt werden kann. Daneben sprechen die Beobachtungen gegen die gangbaren Ansichten über die Innervation der Gefässe. Der Tonus der Gefässe scheint darnach viel mehr unabhängig zu sein von den grossen Nervencentren, als bisher zugestanden worden ist.

P.

Niederländische Gesellschaf tfür Psychiatrie. Sitzung vom 25. Juni 1891 zu Amersfoort.

24) **Jelgersma.** Ueber insania moralis.

Vort. prüft an der Hand der Litteratur und seiner Beobachtungen die Unterschiede, die zwischen dem moralisch Irren und dem geborenen Verbrecher bestehen sollen, und kommt zu dem Resultat, dass beide nach Descendenz, anthropologischen Merkmalen, Entwicklung, Intelligenz, Gefühlsleben, Lebensführung und nach ihren Verhalten in der Internirung durchaus identisch sind, dass ein Unterschied nicht besteht. Vortr. will diese Fälle wegen des Schadens, den Geisteskranke und Anstalts-Führung unter ihrem Einfluss erleiden, von Irren-Anstalten fern gehalten wissen. Auch wenn neben der moral insanity Nervenleiden oder Herdkrankheiten des Gehirns (Epilepsie, Hemiparesen) bestehen, gehören die betreffenden nicht in eine Irren-Anstalt. Ihre Heilung, die für den Arzt Hauptsache, ist kaum zu erhoffen, und somit Nebensache bei der Frage ihrer Unterbringung, dagegen drängt sich etwas anderes in den Vordergrund und wird selbst Hauptsache, was für den Arzt Nebensache ist, der Schaden, den die Umgebung von ihnen erleiden kann.

Eine therapeutische Aufgabe hat der Staat nur gegenüber moralisch defecten Kindern, und es muss früher oder später zur Einrichtung eigener Staatsanstalten zu ihrer Pflege kommen.

van Deventer entwickelt als Antwort auf den Vortrag von Jelgersma eine ausführliche Theorie der Temperamente, unter Anführung reichen historischen Materials und kommt dabei zu einem die Anschauungen Wundts und Höffdings verbindenden Resultate. Er unterscheidet die Temperamente nach der Intensität des Gefühlslebens einerseits, nach der Lust- und Unlustbetonung der Gefühle andererseits, und analogisirt mit den Temperamenten die von ihm aufgestellten Psychosen; er veranschaulicht diese Auffassung in folgender Tabelle:

Modification der Gefühle		Innerhalb der physiolog. Breite	In krankhaftem Sinn
in quantitativer Richtung	gesteigert	Reizbare Schwäche, cholerisches Temp.	Neurasthenie resp. Phrenasthenie
	vermindert	Gleichmüthigkeit Phlegmat. Temper.	Insania moralis.
in qualitativer Richtung	Lust	Leichtblütigkeit Sanguin. Temper.	Mania (Tobsucht)
	Unlust	Schwerblütigkeit Melanchol. Temper.	Melancholie (Schwermuth).

Das Verbrecherthum sei aber an kein Temperament gebunden; sowohl der Verbrecher wie das Genie und der gewöhnliche Mensch werde bei jedem Temperament angetroffen.

Den begutachtenden Arzt ginge übrigens die Frage, ob einer verbrecherisch wäre oder nicht, durchaus nicht an, er hätte nur zu constatiren, ob Krankheit vorliege oder nicht. Dass ein moralisch Irrer eine Geissel für die Anstalt wäre, ist kein Grund, ihn von ihr fernzuhalten.

Tellegen ist der Meinung, dass Fälle von moral insanity nicht in

die Strafanstalten gehören; das beste wäre eine Anstalt zwischen Gefängniss und Hospital; so lange solche nicht beständen, müsste man sie in Irren-Anstalten dulden.

Jelgersma findet die Neigung, defectes Gefühlsleben als mildernden Umstand gelten zu lassen, bedenklich. Verbrechen ist ein Symptom, wie jedes andere, und verdient Aufmerksamkeit gleichviel, ob man Arzt oder Jurist ist. Ob ein geborener Verbrecher für den Psychiater eine Last ist, ist gleichgiltig; die Hauptsache ist, dass er ein Hinderniss für eine gehörige Behandlung der Geisteskranken abgiebt.

Kurella.

---

25) **Fünfte allgemeine schwedische Aerzte-Versammlung,** Stockholm, 31. Aug. bis 2. Sept. 1891.

(Eira, XV. Jahrg. 1891 Nr. 17.)

Prof. G. Kjellberg über Nicotinvergiftung. Nach Besprechung der Geschichte des Nicotins und Schilderung der bekannten Symptome bei acuter und chronischer Nikotin-Vergiftung äusserte K., dass nach seiner Meinung ein grosser Prozentsatz der heutzutage immer zahlreicher werdenden Geisteskrankheiten von Tabaksmissbrauch herrührt. Im Krankenhaus zu Upsala kommt jährlich eine grosse Zahl von Fällen von Nicotinvergiftung vor, obgleich in der Regel andere Ursachen angegeben werden, wie unglückliche Liebe, Religionsscrupel und dergl. Die Krankheit äussert sich in der Regel in einem Gefühl von Verstimmtheit, Mattigkeit, Arbeitsunlust; der Kranke ist schweigsam und muthlos, weicht Bekannten aus, wird von Unruhe geplagt, die oft zum Selbstmord führen kann, ist schlaflos, glaubt sich verfolgt und hat Visionen, manchmal wird er gewaltthätig. So kann ein langes Leben hingehen. Zum Schluss wird mitgetheilt, dass der Tabaksimport in Schweden 1890 auf 3 545 000 Kilo Cigarren und Cigaretten stieg und in dem Zeitraum von 1886—1890 17 679 000 Kilo betrug, was 88 172 Kilo reinen Nicotin d. h. 17 600 Kilo im Jahre entspricht. Unter diesen Verhältnissen ist es nicht zu verwundern, dass die Sterblichkeit unter den Männern über 20 Jahre abnorm hoch ist, und dass die Häufigkeit der Nerven- und Geisteskrankheiten fortwährend im Steigen ist. (Es ist doch kaum K.'s Meinung, dass der Tabaksmissbrauch allein diese Steigerung bewerkstelligt. Ref.)

26) Dr. **Goës.** Wie kann der, unter unserm Volke so verbreiteten Nervenschwäche und Hysterie vorgebeugt werden. Vortragender betonte, dass man eigentlich ohne Kenntniss der wirklichen Ursachen dieser Krankheit wäre. Es würden eine Menge vermutheter und zufälliger Ursachen angeführt, so auch die Erblichkeit, aber unter welchen Verhältnissen und Bedingungen diese Erbschaft auf die Nachkommen übergeht, davon weiss man nichts. Das Erste, was geschehen muss, ist eine gründliche Erforschung der wirklichen Ursachen dieser Krankheit.

Koch (Kopenhagen).

---

27) **Einen Fall von Antifebrinismus** theilte in der schwediscen Aerzte-Versammlung vom 3. Februar 1891 Nordenson mit: Eine junge nervöse Dame klagte über Herzklopfen, allgemeine Debilität und über

Unvermögen einen Gegenstand zu fixiren. Objective pathologische Symptome fand man nicht, aber es stellte sich heraus, dass die Pat. längere Zeit hindurch Antifebrin in grossen Dosen genommen hatte, und zwar 3 Gramm täglich in 6 Dosen à 50 Ctgr. 3 Mal bekam sie Cyanose, sonst aber zeigten sich keine beunruhigende Zufälle. Auf einer Reise nach Dänemark hatte sie vorsichtigerweise einen grossen Vorrath an Antifebrin mitgenommen, weil es ihr bekannt war, dass dieses Mittel dort nur auf Recept verabfolgt wird. N. schlug darauf vor, diese letztere Bestimmung auch in Schweden einzuführen. (Hospitals-Tidende No. 28. 1 91.) Kurella.

28) **Bezüglich des Zusammenhangs zwischen Puerperalpsychosen und Infection** betont Olshausen (Zeitschr. für Geburtshl. und Gynaekologie XXI. 2.), dass es seinen Erfahrungen nach besonders die Fälle von puerperaler Pyämie und von Endocarditis ulcerosa sind, die in Verbindung mit akuten Psychosen auftreten, oder unter dem Bilde derselben verlaufen, seltener dagegen die Fälle von reiner sogenannter Septikaemie. Wenn die pyämische Form des Puerperalfiebers zur Psychose führt, so handelt es sich oft um meningitische oder encephalitische Prozesse; besonders um capilläre Embolien. Psychosen treten ferner auf im Anschluss an Eklampsie. An der Universitätsklinik in Berlin sind im Laufe von 5 Jahren 200 Fälle von Eklam psie beobachtet worden, von denen 12 mit Psychosen combinirt waren.

Der Verf. theilt die Puerperalpsychosen in 3 Gruppen ein: 1) Infectionspsychosen, solche die direct von einem Puerperalleiden abhängen. 2) Idiopathische Psychosen, ohne Fieber, zu ihnen gehören die meisten Schwangerschafts- und Lactationspsychosen, und ein Theil der eigentlichen Wochenbett-Geistesstörungen, bei denen gewisse schwächende Momente, z. B. Blutverlust vorliegen. 3) Intoxicationspsychosen nach Eklampsie oder ausnahmsweise bei Urämie ohne Eklampsie. Die, durchaus nicht seltenen Psychosen nach Eklampsie zeichnen sich aus durch zeitiges Auftreten (2—4 Tag, selten später) intensive Hallucinationen, schnellen, afebrilen und häufig günstigen Verlauf. Welche Fälle von Eklampsie ganz besonders zu Psychosen disponiren, und ob in dieser Hinsicht langanhaltender Sopor besonders gefährlich ist, kann bis jetzt nicht entschieden werden. Ohne Zweifel handelt es sich um eine Intoxication, im Zusammenhang mit urämischer Blutveränderung, entsprechend den, hin und wieder bei chronischen Nierenkrankheiten auftretenden Psychosen. Kurella.

Inhalt des Januar-Hefts.

I. Originalien.

II. Referate u. Kritiken.

1. Allgemeine Pathologie.

2. Specielle Pathologie.

Gehirn- und Rückenmark.

3. Therapie.

III. Varia aus Vereins- und Gesellschafts-Berichten.

CENTRALBLATT
für
Nervenheilkunde und Psychiatrie.
Internationale Monatsschrift
für die
gesammte Neurologie in Wissenschaft und Praxis mit besonderer Berücksichtigung der Degenerations-Anthropologie.

XV. Jahrgang, 1892 Februar. Neue Folge III. Band.

I. Originalien.

Ataktische Paramyotonie und Thomsensche Krankheit.

Von Dr. GOWERS (London.)
(Deutsch von Dr. K. Grube, London.)

Ein specielles Interesse kommt den verschiedenen Krankheitsformen zu, welche Erscheinungen aufweisen, die mit denjenigen der Thomsenschen Krankheit eine teilweise Aehnlichkeit besitzen, sich aber in manchen Punkten von ihr unterscheiden, besonders dadurch, dass sie eine Kombination dieser dunklen Erkrankung mit einer ausgesprochenen Rückenmarksaffektion darstellen. Es mag deshalb der Mühe werth sein, die Details eines Falles zu beschreiben, den ich vor einiger Zeit zu beobachten Gelegenheit hatte, und der Erscheinnngen darbot, welche mit denjenigen analoger Fälle nicht genau übereinstimmen, welche aber einer organischen Erkrankung des Rückenmarks zugeschrieben werden müssen. Leider war es mir unter den obwaltenden Umständen nicht möglich, den Krankheitsverlauf zu beobachten, und die Krankheitsgeschichte bleibt daher unvollkommen. Das Eigenthümliche des Falles war die Verbindung dauernd gesteigerten Tonus mit Ataxie, so dass die Bezeichnung „ataktische Paramyotonie" wohl die beste ist, obgleich noch Schwäche und theilweise Anaesthesie nebenher bestanden.

Der Kranke war ein 41 Jahre alter Mann, der vor 11 Jahren an Syphilis gelitten hatte. Die Erscheinungen begannen $1^1/_2$ Jahre bevor ich ihn sah, und er war bis dahin vollständig gesund gewesen. Sie hatten in den Beinen begonnen und die Arme erst 6 Monate später ergriffen; schliesslich war folgender Zustand eingetreten: Der Kranke sah kräftig aus, war

wohl gebaut und befand sich in einem guten Ernährungszustande; die Extremitäten waren gross und die Muskeln derselben wohl entwickelt. Abgesehen dass letztere zu hart waren, verrieth ihr Aussehen keinerlei Erkrankung. Alle Muskeln der Arme, der Schultern, des Rumpfes und der Beine zeigten den gleichen Zustand von Härte, während die des Halses uns normal erschienen. Diese Härte war keine scheinbare, sondern eine wirkliche, die Folge von tonischem Spasmus, der die willkürlichen Bewegungen hemmte und dieselben langsam und schwierig machte. Eine besondere Rigidität der Extensoren an den Beinen bestand nicht; die Flexoren an Arm und Bein waren in gleicher Weise und in demselben Grade afficiert, wie die Strecker. Der Kranke erhob sich langsam und steif von einem Stuhl und ging in einer eigenthümlichen und steifen Weise. Prolongierte Ausübung der Bewegungen verminderte den tonischen Spasmus nicht, derselbe blieb vielmehr constant und leistete activen wie passiven Bewegungen denselben Widerstand. Die Langsamkeit, mit der der Wille diese Rigidität bei willkürlichen Bewegungen nur zu überwinden vermochte, veranlasste, dass der Kranke leicht über Hindernisse fiel, und dass ein kleiner Anstoss genügte, ihn, wenn er stand, zu Fall zu bringen. Dabei bestand eine deutliche Muskelschwäche; ein geringer Widerstand verhinderte die Beugung der Hüfte, und an den Händen waren die Streckmuskeln deutlich schwächer als die Beuger; die Finger waren dauernd gebeugt. Sie konnten zwar vollkommen, wenn auch langsam gestreckt werden, hatten aber die Tendenz, sich von selbst wieder in Beugestellung zu begeben. Der Druck der Hand war ziemlich kräftig, 50 und 55 kg. Neben dieser Rigidität bestand noch eine deutliche Incoordination, die sich besonders bei Bewegungen der Hände zeigte, und z. B. das Auf- und Zuknöpfen des Rockes erschwerte, welches der Kranke mit dem Daumen und Zeigefinger ausführte, während die andern Finger gebeugt bleiben. Waren die Augen geschlossen, so konnte er erst nach vielen vergeblichen Versuchen den Zeigefinger an die Nase bringen. Hielt er seine Hände bei geschlossenen Augen geradeaus, so waren sie der Sitz spontaner Bewegungen, ähnlich denjenigen, die man unter denselben Umständen bei der Tabes sieht In den Extremitäten war der Muskelsinn augenscheinlich herabgesetzt, denn der Kranke war häufig nicht im Stande, ihre Lage im Bett anzugeben. Speciell zeigte sich dies an den Armen in hohem Grade; so war er verwundert, wenn er beim Aufwachen seine Hand dicht am Gesicht fand, und nicht wusste, dass es seine eigene war. Ferner war er nicht im Stande, die Grösse oder das Gewicht von Gegenständen zu beurtheilen, die in seine ausgestreckte Hand gelegt wurden. Die electrische Erregbarkeit der Muskeln war in jeder Beziehung normal. Das Kniephänomen oder irgend ein anderes Zeichen von myotatischer Erregbarkeit (der sog. Sehnenreflex) war nicht zu erhalten, aber diese Erscheinung erschien durch den bestehenden Spasmus vollkommen erklärt, und da letzterer dauernd bestand, so war es unmöglich zu sagen, ob diese Reflexe wirklich fehlten oder nicht.

Die Tastempfindung war an den Handtellern und der plantaren Seite der Finger bis zum Handgelenk erloschen, während sie an der Dorsalfläche der letzten Phalangen der Finger nur herabgesetzt war; eine gleiche nur unbedeutendere Herabsetzung bestand an den Fussohlen. Der Kranke hatte

oft die Empfindung, als stände er auf einer eigenthümlichen runden Unterlage. Die Schmerzempfindung war an den Handtellern leicht verlangsamt, der Temperatursinn war nahezu normal. Am Handrücken war die Empfindung normal, so dass er selbst eine dort herumkriechende Fliege fühlen konnte, der Kranke hatte keine Schmerzen. Es bestand jetzt nahezu Impotenz. Die Sphincteren waren normal. Psychische Störungen fehlten, die Sprache und alle Funktionen der Hirnnerven waren normal. Der Spasmus war da, mochte der Kranke ruhig im Bett liegen und schlafen oder des Morgens aufwachen, und er verliess ihn den ganzen Tag nicht. Streckte er seine Beine im Bett aus, so hatten sie die Tendenz, sich in Beugestellung zu begeben. Diese Symptome waren in der angegebenen Zeit allmählich entstanden, und obgleich sie in den Beinen begonnen hatten, so entwickelten sie sich doch in den Armen viel schneller, nachdem diese ebenfalls erkrankt waren. Sie hatten keinerlei Veränderung erlitten, als ich den Kranken zwei Monate später sah.

Dieser Fall scheint mir schon deshalb der Veröffentlichung werth, um die Aufmerksamkeit auf diese Symptomgruppe zu lenken und um den Anstoss zu geben, dass andere Beobachter den genauen Zustand, auf dem sie beruhen, feststellen oder ähnliche Fälle beschreiben mögen, wenn solche zur Beobachtung gekommen sind. Die Combination der Symptome ist zu compliciert, um mehr als zwei Dinge zu lehren. Ihr Charakter macht es gewiss, dass das Rückenmark erkrankt ist, mögen die peripheren Nerven auch erkrankt gewesen sein oder nicht, und so zeigt der Fall, dass eine Myotomie, die derjenigen der Thomsenschen Krankheit analog ist, ausgenommen, dass sie dauernd ist, anstatt vorübergehend, auf einer Affection des Markes beruhen kann, dass sie aus der Steigerung derjenigen Action der motorischen Nervenzellen hervorzugehen vermag, auf welcher der Zustand der Muskeln direct beruht.

Der Fall führt in Bezug auf die Pathologie der Thomsenschen Krankheit zu bestimmten Betrachtungen. Die Hauptfrage bei diesem Leiden ist, ob es eine primäre Affection der Muskeln ist, oder ob nicht auch eine Veränderung der Function der Nervenzellen des Rückenmarks vorliegt; und wenn dies der Fall ist, ob der Zustand der Muskeln nur neben dieser Functionsstörung in den Nervenzellen besteht, oder ob es eine Folge derselben ist. Das Bestehen einer dauernden Veränderung der Function und der ihr zu Grunde liegenden Ernährung der Muskeln wird sowohl durch die Aenderung ihrer electrischen und mechanischen Erregbarkeit, wie durch die Thatsache sicher erwiesen, die von Ringer und Sainsbury festgestellt wurde, dass ein gleicher Zustand durch bestimmte Medicamente hervorgerufen werden kann und fortbesteht, nachdem die Endigungen der motorischen Nerven durch Curare ihrer Function beraubt sind. Aber andererseits weisen die Krankheitserscheinungen energisch auf eine Aenderung der Action der motorischen Zellen des Rückenmarks. Es ist nicht zu vergessen, dass diese Zellen, selbst wenn sie sich in dem Zustand befinden, den wir als „Ruhe“ bezeichnen, durchaus nicht inactiv sind. Muskeltonus und Anpassung an eine bestimmte Lage bedeutet andauernde Action und ein beständiges Abströmen von Nervenkraft von den Zellen — ein Ueberfliessen, das Resultat der fortwährenden Entstehung von Energie, welche vorhanden sein muss,

um die sofortige Entladung von Nervenkraft möglich zu machen, die in einer anderen Weise stattfindet, wenn der willkürliche Reiz vom Hirn zu den Zellen hinuntersteigt. Normaler Weise scheint diese tonische Action der Zellen aufzuhören, wenn die willkürliche Activität beginnt, oder wenn sie fortbesteht, so stört sie die letztere nicht. Bei der Thomsenschen Krankheit will es dagegen scheinen, als ob die tonische Activität für eine Zeit fortbesteht und sich mit der durch den Willen hervorgebrachten vereinigt — als ob die functionelle Aktion der Zellen so gestört ist, dass der willkürliche Reiz einen höheren Grad von Abfluss der tonischen Nervenkraft bedingt, welcher nur langsam wieder nachlässt, wenn der Exzess durch die andauernde Action reduciert wird. Es ist kaum wahrscheinlich, dass eine solche Function, welche feineren Veränderungen der Ernährung ihr auch zu Grunde liegen mögen, sich in Veränderungen äussern wird, welche mit dem Microscop zu erkennen wären.

Eine solche Theorie scheint die characterischen Symptome der Affection vollkommen zu erklären, aber sie lässt die Veränderungen in dem Zustand der Muskeln unerklärt. Können diese aber nicht secundär sein, ein acquirirter Zustand, der Effect einer lange anhaltenden, eigentümlichen Störung der Action der Nervenzellen, welche nach einiger Zeit in Folge von Ernährungsstörungen in den Muskeln dauernd werden? Der Zustand der Muskelfasern entspricht constant demjenigen der motorischen Zellen. Diese Ansicht wird noch durch die Thatsache unterstützt, dass die Thomsensche Krankheit zuweilen bei Erwachsenen auftritt, und dass sie, wenn sie sich schon im frühen Alter zeigt, sich im Allgemeinen langsam entwickelt, nachdem der willkürliche Gebrauch der Muskeln ganz ausgebildet ist; und wenn ihr Auftreten mit den ersten Gehversuchen zusammenfällt, ist es verständlich, dass die Affection der Muskeln leichter in diesem Stadium der Entwicklung hervorgerufen wird als in einer späteren Periode. Ausserdem haben wir die Experimente, welche beweisen, dass ein solcher Zustand der Muskeln künstlich durch den Einfluss bestimmter chemischer Agentien auf dieselben erzeugt werden kann, während zu Gunsten der primären Affection der Nervenzellen auch das spricht, dass manche Fälle augenscheinlich durch Einflüsse zu Stande gebracht werden, welche auf das Nervensystem einwirken.

In dem oben berichteten Falle war vielleicht noch nicht die genügend lange Zeit verflossen, um die Veränderung der Muskelerregbarkeit zur Entwicklung zu bringen. Und ausserdem steht der dauernde Character des tonischen Spasmus im Gegensatz zur Thomsenschen Krankheit, vielleicht aber bewirkt eben dieser Gegensatz auch eine Verschiedenheit in dem Zustand der Muskeln. Es ist instructiv auch die Differenz zu beachten, dass bei diesem Falle der andauernde Spasmus mit einer Herabsetzung der willkürlichen Kraft verbunden war, während bei dem vorübergehenden Spasmus der Thomsenschen Krankheit die Muskelkraft nicht leidet.

Ein Fall von Anuria hysterica.

Von Dr. HOLST (Riga.)

Dass zu dem vielgestaltigen Bilde der Hysterie auch eine ganze Reihe von vasomotorisch-trophischen Störungen gehört, ist allgemein bekannt. Weniger bekannt oder wenigstens weniger beachtet in der Praxis ist das Factum, dass sich trophische Störungen und Secretions-Anomalien auch ohne Vorhandensein einer ausgesprochenen Hysterie nur auf dem Boden einer gewissen neuropathischen Beanlagung als selbstständige Symptome entwickeln können, die man wohl auch mit dem Epitheton hysterisch zu belegen pflegt, weil sie die characteristischen Eigenthümlichkeiten der hysterischen Ernährungsstörungen an sich tragen. Wichtiger wäre es, in solchen Fällen von neuropathischen Ernährungs- oder Secretionsstörungen zu sprechen.

Der Krankheitsfall, den ich in nachstehenden Zeilen mittheilen möchte, gehört auch in diese Rubrik. Ich habe es aber dennoch vorgezogen, ihn als hysterische Anurie zu bezeichnen, weil bei ihm gerade das Hauptinteresse in dem Factum liegt, dass eine Stoffwechselstörung höchst bedeutungsvoller Art ohne irgend welche schlimmen Folgen für den Organismus der Patientin verlief. Das aber gerade ist das Characteristicum der hysterischen Ernährungsstörung, welches man im Allgemeinen durch eine dieser Neurose eigenthümliche bedeutende Verlangsamung des Stoffwechsels zu erklären sucht.

Ebenso wie man bei Hysterischen hartnäckiges Erbrechen oder profuse Durchfälle oder anhaltendes Unvermögen der Nahrungsaufnahme ohne irgend entsprechende Schädigung des allgemeinen Ernährungszustandes beobachtet, ebenso sind auch die hysterischen Störungen der Urinsecretion, die Polyurie einerseits und die Oligurie und Anurie andererseits, wohlbekannt.

Die nachfolgende casuistische Mittheilung, bei der es sich um eine richtige Anurie auf nervöser Basis handelt, findet darin ihre Berichtigung, dass es sich bei ihr um die ungewöhnlich lange Dauer von 17 Tagen handelte und dennoch keine Spur von irgend wie bedrohlichen Folgeerscheinungen eines so gewaltigen Eingriffs in den Stoffwechsel zu beobachten waren.

Ich bin mir dessen wohl bewusst, dass der Fall zu einer vollen wissenschaftlichen Ausbeute für die Pathologie des Stoffwechsels nicht verwerthbar ist wegen der grossen Lücken, die er in Bezug auf die Stoffwechsel-Beobachtungen enthält. Es fehlen regelmässige Wägungen, die chemische Untersuchung der Fäces und die Bestimmung der Harnstoffmenge in dem ersten nach so langer Zeit gelassenen Urin. Diese Mängel finden ihre Erklärung nur in dem Umstande, dass der Fall in der Privatpraxis beobachtet wurde und darum die zeitraubenden und schwierigen Bestimmungen nicht vorgenommen werden konnten. Im klinischen Interesse glaube ich aber doch zur Veröffentlichung des Falles verpflichtet zu sein.

Patientin, ein junges Mädchen von $16^1/_2$ Jahren, dessen Vater an Epilepsie litt, das aber sonst keine hereditäre Anlage hat, ist mir von ihrer Geburt an als ganz gesund, von normalem und durchaus wahrem Charakter, sowie ohne jegliche Spur einer hysterischen Anlage bekannt. Sie erkrankte im Frühling dieses Jahres, vielleicht in Folge geistiger und körperlicher

Anstrengungen in der Schule, an Chlorosis, die sich unter den gewöhnlichen Erscheinungen einige Wochen hinzog und sich allmälig mit Harnbeschwerden und auffallend geringer Quantität des Urins (Oligurie) paarte. Im Juli, während ich von Riga abwesend war, hörte die Urinsecretion ganz auf. Die an meiner Stelle consultirten Collegen, Dr. Schmidt und Dr. Treymann, von denen der erstere noch vor dem vollständigen Verschwinden der Urinsecretion die normale Beschaffenheit des Urins constatirt hatte, hielten Anfangs das Symptom für sehr bedenklich, da sie bei täglicher Untersuchung der Blase dieselbe immer leer fanden und Dr. Treymann auch durch Vaginal-Untersuchung keine Abnormität nachweisen konnte. Das Allgemeinbefinden blieb aber ein gutes, soweit die vorhandene Chlorosis es zuliess. Ausser den Erscheinungen der letzteren zeigten sich nur in der Nacht auftretende Schmerzen vom Rücken nach dem Becken hinziehend, welche der Kranken den Schlaf raubten. Mit jedem Tage wuchs aber die verzweifelte Stimmung über das beängstigende Symptom, die Kranke glaubte fast daran, sterben zu müssen.

In diesem Zustande übernehme ich von meiner Reise zurückgekehrt Anfang August wieder die Patientin, nachdem die vollständige Anurie bereits 10 Tage bestanden hatte. Da gar keine bedrohlichen Erscheinungen vorlagen und die Kranke nur das gewöhnliche Bild einer Chlorotischen darbot, so glaubte ich sie vollkommen beruhigen zu können. Das gelang mir auch, sie fing wieder an besser zu essen und erholte sich auch, was die Anaemie anbetrifft, mit jedem Tage sichtlich mehr. Nur Nachts hatte sie immer noch vom Rücken nach dem Becken ausstrahlende Schmerzen. Der Stuhlgang erfolgte nach einem milden Abführungsmittel regelmässig in breiiger Form, so dass bei der streng durchgeführten Controlle sicher constatirt werden konnte, dass er keinen Urin enthielt. Erbrechen war nie gewesen. Patientin transpirirte nicht, hatte aber auffallend starken Durst, so dass sie grosse Quantitäten Wasser trank.

Der Gedanke, dass es sich in diesem Falle um Simulation handeln könnte, lag ja wohl nahe und war auch von den anderen Collegen der Mutter gegenüber geäussert worden. Dieselbe nahm diese Voraussetzung nicht übel, sondern controllirte daraufhin die Tochter mit doppelt strenger Gewissenhaftigkeit. Meiner festen Ueberzeugung nach kann von Simulation hier gar nicht die Rede sein, weil ich das junge Mädchen so genau kenne, dass ich mit Bestimmtheit beurtheilen kann, dass eine solche zu ihrem ganzen Wesen nicht passt und weil ausserdem die Mutter eine sehr vernünftige gewissenhatte Frau ist, der alles daran lag, der Sache auf den Grund zu kommen.

Nachdem ich die Patientin also in diesem Zustande wieder in Behandlung genommen hatte, wartete ich einige Tage bei ganz indifferenter Behandlung ruhig ab. Der Zustand blieb derselbe, Stimmung und Allgemeinbefinden hoben sich sichtlich, die Patientin ging sogar in Gesellschaft. Die wesentlichste Klage bestand nur in Rückenschmerzen während der Nacht. Nun leitete ich eine vorsichtige hypnotische Behandlung ein. Das erste Mal gelang die Hypnose noch nicht. Das zweite Mal wohl. Ich suggerirte nun Aufhören der Rückenschmerzen in der Nacht. Die Suggestion gelang. Das dritte Mal suggerirte ich im hypnotischen Zustande, dass ich am

nächsten Tage würde Urin in der Blase nachweisen können, die Blasengegend wurde nämlich täglich daraufhin percutirt. Die Suggestion gelang wieder, unter der Aeusserung freudiger Ueberraschung constatirte ich am nächsten Tage eine deutliche Dämpfung über der Symphyse. Nun erschien mir die Hypnose zur erfolgreichen Wirkung einer Suggestion nicht weiter erforderlich. Ich sagte der Patientin nur mit absoluter Sicherheit, nun müsse unbedingt nach so und so viel Stunden auch der Urin gelassen werden. Der Erfolg trat prompt ein, und zwar wurde der Urin am 17. Tage nach eingetretener Anurie in eigenthümlicher Weise gelassen. Es stürzte auf einmal eine Quantität von etwa 8 Unzen in das Nachtgeschirr.

Der sofort untersuchte Urin war hell, klar von 1010 spec. Gewicht und saurer Reaction. Er enthielt keinen Zucker, wohl aber eine geringe Menge Eiweiss. Leider konnte die quantitative Harnstoff-Untersuchung nicht vorgenommen werden.

Damit war aber die Sache noch nicht ganz in Ordnung gebracht, denn in den nächsten Tagen wurde bei übrigens vollkommenem Wohlbefinden der Patientin täglich immer nur ein kleines Weinglas voll Urin entleert. Ich verhielt mich zunächst eine Woche lang vollkommen expectativ. Dann erklärte ich sehr streng, so ginge die Sache nicht weiter, ich müsste nun zum Glüheisen, allerdings einem sehr energischen Mittel, greifen, das aber dann auch mit absoluter Sicherheit auf die Dauer wirken werde. Am nächsten Tage machte ich unter grösster Aufregung der Mutter ebenso wie der Patientin selbst 2 ganz leichte oberflächliche Punkte aus dem Paquelinschen Thermocanter am Rücken. Einige Stunden darauf wurde eine reichliche Menge eines ganz normalen Urins (auch ohne Eiweiss) gelassen und ist von da ab nie mehr irgend eine Abnormität in der Urinsecretion vorgekommen.

Dass es sich in diesem Falle um eine auf rein functioneller Innervationsstörung beruhenden Secretions-Anomalie handelte, unterliegt wohl keinem Zweifel. Dass durch diese auffallend lange andauernde, unter anderen Umständen lebensgefährlich wirkende Hemmung einer so wichtigen Function doch durchaus keine wesentlichen Störungen hervorgerufen wurden, ist klinisch von dem höchsten Interesse. Leider ist aber dieser Fall nicht zu verwerthen für die Deutung dieses auffallenden Factums, weil eben in der Krankengeschichte diejenigen Daten fehlen, welche einen Aufschluss über die Stoffwechselvorgänge unter so abnormen Bedingungen geben könnten.

Die auffallend lange Dauer einer vollständigen Stockung der Urinsecretion von 17 Tagen ist, soweit ich die einschlägige Literatur habe durchmustern können, noch nicht beobachtet worden. Mit Ausnahme von Benedict, der einen Fall von 8tägiger Dauer einer hysterischen Anurie mitgetheilt hat, berichten die Autoren nur von einigen Tagen vollständiger Anurie oder von längere Zeit andauernder sehr geringer Urinmenge. Charcot, der dieses Symptom besonders eingehend studirt hat, fand in seinen Fällen immer dabei Erbrechen und konnte constant in dem Erbrochenen Harnstoff nachweisen. Er sowohl wie Jolly führen den Nachweis, dass die hysterische Anurie nicht etwa auf einem Verschluss der Ureteren beruht, sondern auf einer wirklich sistirenden Secretion, indem sie, so lange noch Spuren von Urin ausgeschieden wurden, immer einen grösseren Harnstoffgehalt vorfanden.

Diese Erscheinung giebt freilich noch keine Erklärung für das Ausbleiben aller bedrohlichen Folgeerscheinungen, da doch immerhin bei der sehr geringen Menge des Secrets die absolute Menge des entleerten Harnstoffs eine sehr geringe blieb. Es bleibt uns also zur Erklärung des Factums doch nur die Annahme einer bedeutenden Herabsetzung des Stoffwechsels überhaupt noch. Für diese Annahme scheinen auch die von Gilles de la Tourette angestellten Stoffwechseluntersuchungen im hysterischen Anfall zu sprechen. Sie ergeben eine bedeutende Herabsetzung des Stoffwechsels überhaupt, gemessen durch die Verminderung der Harnstoff-Ausscheidung. Dieselbe ist von dem durchschnittlichen Normalquantum von 18,0—22,0 während des hysterischen Anfalls auf 10,0—17,0 vermindert.

Bei der Therapie dieses Falles scheint es mir noch von Interesse zu sein, dass mir die Gelegenheit geboten wurde, die Gleichwerthigkeit der Suggestion sowohl mit Hülfe der Hypnose als auch ohne dieselbe durch Zuhülfenahme eines anderen Mittels (des psychischen Eindrucks vom Brenner) zu erweisen. Ich halte eine solche Erfahrung für sehr wichtig, denn sie illustrirt eben wieder die Bedeutung der Suggestion in der Therapie, ganz einerlei auf welchem Wege dieselbe erreicht wird, sie beweist eben, dass eine günstige Suggestionwirkung durchaus nicht an die Hervorrufung des hypnotischen Zustandes gebunden ist.

II. Original-Vereins-Berichte.

1. Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

Sitzung von Montag den 16. November 1891.

29) **Sperling.** Krankenvorstellung.

Pat., ein kräftiger Arbeiter, hat vor 10 Wochen einen Unfall erlitten, indem ihm ein schwerer Holzblock auf die linke Schulter fiel; unmittelbar darauf wurde er bewusstlos, und als er aus diesem Zustande erwachte, konnte er beide Arme nicht bewegen; ausserdem hatte er sehr heftige Schmerzen, besonders im Nacken; diese nahmen zu, wenn Pat. die Arme hängen liess; ausserdem fanden sich an beiden Armen Sensibilitätsstörungen, späterhin (Pat. wurde massirt) trat eine Besserung ein, besonders der Function der Arme, dagegen ein Zurückbleiben der Funktion der Schultermuskulatur; was jetzt am meisten in die Augen springt, ist eine doppelseitige Serratuslähmung, ausserdem eine Schiefstellung des Halses mit Prominenz der rechten Halsseite; über die Bedeutung dieses Tumors möchte sich V. nicht endgiltig aussprechen; vielleicht handelte es sich um eine Contractur der Muskeln. Diese Lähmung sei wohl als ein Residuum einer doppelseitigen Plexuslähmung zu betrachten. Ea. R. findet sich im Indicator, abductor poll. und 1 Interosseus, endlich im Serret. ant. maj. links.

Discussion: Jolly stimmt in der Auffassung des Falles mit S. überein. Der Tumor der Wirbelsäule sei zweifellos auf eine Deviation der Wirbelsäule und Contractur der Muskeln zurück zu führen. Des weiteren zeigt J. Photographien von einem Falle von Serratuslähmung, welchen er vor einigen Jahren in Strassburg beobachtet hat; die Schulterblätter brauchen nicht flügelförmig abzustehen, auch wenn die Arme erhoben werden, und dann wird das vollständige Erheben des Armes möglich durch das Eintreten von Hilfsmuskeln, wenn sich der Kranke darauf eingeübt hat; darauf ist schon von Bäumler aufmerksam gemacht worden. Das Schulterblatt wird durch den unteren Theil des Cucullaris festgestellt. Der obere Theil hebt dann den Arm mit Hüfte des Supra- und Infraspinatus; meist ist der Cucullaris, namentlich die untere Partie, mit afficirt. Remak stimmt Jolly bei, dass in den meisten Fällen von Seatuslähmung der untere Abschnitt des Cucullaris mitbetheiligt ist.

Die Stellung des Schulterblattes hängt vielmehr ab von der Lähmung des Cucullaris wie von der des Serratus. Wahrscheinlich wird die untere Partie des Cucullaris gar nicht vom Accessorius versorgt.

30) **Bernhardt.** Neuropatholog. Mittheilungen.

B. berichtet über seine Erfahrungen, die er im Verlaufe des Jahres mit der statischen Electricität gemacht hat. B. behandelte die Patienten mit Funkenentladung (Positiver Pol) und fand in einer grossen Anzahl von Fällen, in welchen die Muskeln in normaler Weise auf den faradischen und galvanischen Strom reagirten, eine blitzartig ablaufende Zuckung, gleichgiltig, ob der Patient isolirt stand, oder ob der 2. Conductor mit dem Erdboden verbunden war. Der Reiz ist ein viel stärkerer, wenn man franklinsche Tafeln benutzt.

In Fällen, wo die gewöhnliche Untersuchung die schwere Form der E. R. ergab, gab die Untersuchung mit der franklinschen Electricität ein negatives Resultat. Bei der Mittelform der E. R. aber gab es kurze Zuckungen. In einem Fall von Durchtrennung des medianus und ulnaris fand sich frauklinische E. R.

In verschiedenen Fällen von Bleilähmung fand B. keine franklinische E. R.

Facialislähmungen sind selten zu untersuchen, da sich die Patienten gegen diese Art der Untersuchung sträuben; in den wenigen Fällen, welche sich untersuchen liessen, fand sich keine franklinsche E. R.

Bei einem Fall von Thomsenscher Krankheit wirkte der franklinsche wie der faradische Strom; eine Dellenbildung wie bei dem galvanischen Strom fand sich nicht.

Bei einem an multipler Neuritis leidenden Patienten, der auf die stärksten faradischen und galvanischen Ströme nicht reagirte, fand sich auch keine gewöhnliche Franklinsche Reaction, wohl aber bei Condensatorentladung kurze Zuckungen. Der franklinsche Strom ist ziemlich schwierig anzuwenden, die Beobachtung keine übermässig leichte; die Resultate der Untersuchungen sind bis jetzt sehr wenig befriedigende.

31) **Siemerling.** Anatomischer Befund bei spinaler Kinderlähmung.

S. demonstrirt Präparate von dem Rückenmark eines nach 8tägiger Krankheit an spinaler Kinderlähmung gestorbenen Kindes.

Das Kind war $2^1/_2$ Jahre alt, wurde am 16. August 1890 auf die Kinderabtheilung der Klinik aufgenommen. Vor 8 Tagen hatte es plötzlich eine schlaffe Lähmung aller 4 Extremitäten bekommen. Es starb noch am Tage der Aufnahme.

Bei der Section sah man makroskopisch 2 Heerde in der Hals- und Lendenanschwellung; die graue Substanz war da kirschroth und prall. In den übrigen Abschnitten des Rückenmarks war makroskopisch nichts nachweisbar, die Präparate (Hals- und Lendenmark) wurden in Müllerscher Flüssigkeit und Osmiumsäure gehärtet. In Hals- und Lendenanschwellung fand sich dasselbe, nämlich Veränderungen auf dem ganzen Querschnitt, am stärksten in den Vorderhörnern, aber auch in den vordern Wurzeln und in der gesammten weichen Substanz. Am wenigsten befallen waren noch die Pyramidenseitenstränge. Man sieht in den Vorderhörnern frisches Blut frei liegen. Die Ganglienzellen haben ihre Fortsätze eingebüsst, manche sind ganz zusammengeschrumpft und ohne Kern und Kernkörperchen. Die Gefässe sind ganz gefüllt.

Man ist mehr und mehr zu den Anschauungen gekommen, dass es sich bei der spinalen Kinderlähmung um eine diffuse Erkrankung des Rückenmarkes handelt. Vortr. speciell ist der Ansicht, dass man es mit einer acuten Entzündung des ganzen Rückenmarksquerschnittes zu thun hat, die in ihrer grössten Intensität in den Vorderhörnern zum Ausdrucke kommt.

Sitzung von Montag den 14. Dezember 1891.

32) Discussion über den Vortrag Bernhardts.

N e i s s e r kann der statischen Electricität keinen besondern diagnostischen Werth beilegen. Im Ganzen hat er die Erfahrung gemacht, dass man den Werth gleich setzen kann dem des faradischen Stromes.

J o l l y hat im Wesentlichen dieselben Resultate gehabt wie Bernhardt. Was die therapeuthische Anwendung betrifft, so scheint es, als ob in gewissen Formen von schwerer Neuritis, wo die beiden andern Ströme nicht vertragen werden, bei sehr vorsichtiger Anwendung der statischen Electricität in Form des electrischen Windes mindestens sehr erhebliche palliative Besserungen zu erzielen sind.

B e r n h a r d t meint, dass bei Fortsetzung von Thierversuchen, wie sie früher von Jolly gemacht worden sind, (Durchschneidung von Nerven) vielleicht etwas mehr herauskommen werde.

33) **Jolly.** Ueber Thymacetin.

Das Präparat, welches V. von Prof. Böhm in Leipzig zur Prüfung übergeben worden ist, ist ein weisses krystallinisches Pulver, das sehr wenig löslich im Wasser ist. Es ist bis jetzt nur festgestellt worden, dass es in Dosen von 2,0 Hunden gegeben, keine Intoxicationserscheinungen hervorbringt.

J. hat das Mittel an 30 Patienten versucht, und zwar in solchen Fällen, in denen über irgend eine Art von Kopfschmerz geklagt wurde.

So hat sich zunächst ergeben, dass die eigentliche Hemicranie (7 Fälle durch Dosen von 0,25—1,0) fasst nicht beeinflusst worden ist; in einem einzigen Falle war eine wesentliche Linderung der Schmerzen eingetreten, als das Mittel im Beginn des Anfalls gegeben wurde, aber es traten unangenehme Nebenwirkungen auf (s. später).

Bei einer ganzen Reihe von Patienten mit habituellen diffusen Kopfschmerzen oder mit vorübergehenden Kopfschmerzen hat sich ergeben, dass bei Dosen von 0,25 - 1,0, sehr häufig eine ziemlich sichtbare Linderung der Schmerzen sich einstellte. Das Thymacetin dürfte ungefähr dem Phenacetin ähnlich gestellt werden. Es gelang nicht festzustellen, dass das eine Mittel wesentliche Vorzüge vor dem andern hatte; indessen ist die Zahl der Versuche eine zu geringe gewesen, um sich mit voller Gewissheit nach dieser Richtung hin auszusprechen.

In einigen Fällen von Kopfschmerzen in Folge organischer Gehirnerkrankung war das Mittel ohne Erfolg.

Bei reinen neuralgischen Kopfschmerzen hat es in einigen Fällen sehr gute Dienste gethan; in einem Falle von heftigen gastrischen Krisen wurde es auch versucht (Pat. war Morphinistin); es wurde abwechselnd statt der Morphiuminjection Thymacetin gegeben. Die Wirkung war zunächst eine beruhigende, bald aber kamen die Schmerzen zurück und wichen nicht mehr. Auch bei einigen andern Morphinisten mit allgemeinen Schmerzen war kein Erfolg zu constatiren.

Das Thymacetin hat gewisse eigenthümliche Nebenwirkungen: Eine Anzahl von Patienten klagten, dass sie Blutandrang nach dem Kopfe fühlten, Klopfen und Summen: es trat auch eine Pulsbeschleunigung ein; weiter war auffallend, dass eine Anzahl der Patienten sehr schläfrig wurde, und bei einigen kam es so weit, dass sie am selben Vormittag, bald nachdem sie die Dosis bekommen hatten, einschliefen.

In Folge dessen machte V. noch eine Anzahl von Versuchen der Art, dass Thymacetin Abends als Schlafmittel gegeben wurde in einer Dosis von 0,5, im ganzen bei 26 Patienten; da stellte sich nun heraus, dass bei zehn Patienten die Wirkung ganz versagte, während bei den übrigen sechszehn eine ziemlich deutlich schlafmachende Wirkung eintrat.

31) **Placzek.** Ueber Combination von Paralysis agitans und Tabes. (Krankendemonstration.)

Patient ist ein 52j. Kaufmann, Mutter starb an Apoplexien. In den 20er Jahren ulcus durum ohne Sekundärerscheinungen. Vor 10 Jahren traten zuerst blitzartige Schmerzen auf und eine hochgradige Lockerung der Zähne; dazu gesellte sich eine Abnahme der Potenz. Bald darauf trat das für Paralysis agitans typische Zittern auf, während das Gesicht den bekannten starren Ausdruck annahm; jetzt hat Patient ausser der Pupillenstarre, Rombergsches, Westphalsches Zeichen, und Blasenstörungen. Der Augenhintergrund ist normal. Die Schmerzempfindlichkeit ist in der rechten untern Extremität etwas herabgesetzt; die grobe motorische Kraft ist normal; keine Ataxie. Die Gedächtnisskraft hat eine geringe Einbusse erlitten.

4*

In der Diskussion bemerkt Lilienthal, dass er den Patienten vor einigen Jahren gesehen und dass damals Doppelsehen bestanden habe.

35) **Mendel.** Ueber die patholog. Anatomie des Morbus Basedowii.

Ein 48j. Lehrer, welcher immer gesund gewesen war, erkrankte im Jahre 1887 mit einer Anschwellung der Schilddrüsse; dieser folgte bald Exophthalmus. Am 14. April 1888 kam er in die Mendelsche Poliklinik. Im Uebrigen war es ein ganz gewöhnlicher Fall. Eine Kur in Cudowa bewirkte vorübergehende Besserung. Im Herbst 1889 traten die Erscheinungen auf's Neue hervor; am 9. October 1890 starb Pat. auf der Mendelschen Klinik an Pleuritis.

Die Section ergab makroskopisch nichts abnormes; mikroskopisch fand sich im Gehirn, im Vagus und Sympathicus nichts abnormes; im Rückenmark bezw. Medulla fand sich:

1) Eine Atrophie des linken corpus restiforme.

Es war aber nur ein Ausfall von Fasern zu constatiren, kein Process, der die Atrophie erklären könnte.

2) Eine Atrophie des rechten solitären Bündels.

Die Untersuchung der Schilddrüse ergab durchaus normale Verhältnisse in Bezug auf die Zellen. Nur die Gefässräume schienen erweitert.

Filehne hat 1879 Experimente veröffentlicht, bei denen es ihm gelungen war, durch Einstich in beide corpora restiformia oder in eines derselben beim Kaninchen die Symptome des Morbus B. hervorzurufen; sie wurden später wiederholt nachgeprüft, zuletzt von Bienfait und zwar mit demselben Erfolg.

Ueber den Zusammenhang der Erscheinungen des M. B. in dem vorliegenden Falle und den patholog. Befund lässt sich auf Grund eines Falles natürlich kein Schluss ziehen, doch ist die Aehnlichkeit mit dem Experiment nicht von der Hand zu weisen. Koenig.

2. Psychiatrischer Verein zu Berlin.

Dienstag den 15. Dezember 1891.

36) **Hebold** (Sorau). Ueber die Sehnervenkreuzung beim Menschen.

In einer Festschrift zu Ehren Köllikers vom Jahre 1891 tritt Michel von Neuem dafür ein, dass im Chiasma sämmtliche Fasern sich kreuzen; hierbei handelte es sich um Fälle mit Verlust eines Auges. M. behauptet, die Atrophie mache am Chiasma halt. Singer und Münzer, Delbrück und Darkschewitsch konnten seine Untersuchungen nicht bestätigen; sie meinten, es läge an der Weigertschen Färbung; Vortr. schreibt die Schuld auf die horizontale Schnittrichtung; er hat 2 Fälle untersucht, bei welchen längere Zeit vor dem Tode ein Auge erblindet war, die Schnitte (welche demonstrirt werden nebst recht gelungenen Zeichnungen) wurden nach Pal und Weigert gefärbt.

In der Discussion erwähnt Richter (Dalldorf), dass er vor Jahren bereits derartige Präparate untersucht und sich überzeugt habe, dass eine Halbkreuzung stattfindet.

Hebold demonstrirt Präparate (Rückenmarksschnitte), die mit Magentaroth gefärbt sind und eine bedeutend grössere Anzahl von Zellen sehen lassen, wie bei den sonst üblichen Methoden.

37) **Ascher,** Dalldorf. Ueber Aphasie bei progressiver Paralyse.

A. giebt einen ausführlichen Krankheitsbericht über einen in der Irrenanstalt zu Dalldorf beobachteten Fall von progressiver Paralyse, in dem im Laufe der Krankheit Aphasie auftrat. Es handelte sich um einen 45jährigen Menschen, welcher unter den Erscheinungen von Grössenideen und Tobsucht erkrankte. Später war der Patient euphorisch, er zeigte ausser Abnahme des Gedächtnisses erhebliche Schwäche der Intelligenz. Lähmungserscheinungen der Extremitäten kamen nicht zur Beobachtung. Es bestand dauernd Pupillendifferenz und Starre derselben auf Lichteinfall. Die Aussprache war nur wenig gestört, nur bei den bekannten Paradigmaten war die Störung bemerkbar. Apoplektiforme Anfälle kamen nie zur Beobachtung. Der Tod trat in Folge eines intercurrenten Ereignisses ein. Das skizzirte Krankheitsbild kann füglich der progressiven Paralyse zugerechnet werden.

Im Laufe der Krankheit trat nun ein Symptomencomplex besonders in den Vordergrund, welcher sich als ein aphasischer characterisirte und zwar musste, wenn das Wernicke-Lichtheimsche Schema in Betracht gezogen wurde, die Störung hauptsächlich die transcorticale motorische Bahn getroffen, indess auch die transcorticale sensorische Bahn nicht intact gelassen haben.

In mehrfachen Untersuchungen wurde nämlich folgendes constatirt: Der Patient hatte nur einen geringen Wortschatz zur Verfügung: spontan sprach er nur wenig, dabei hatte er offenbar nur ungenügendes Verständniss für das von ihm gesprochene. Auch waren die Worte verstümmelt. Mangelhaft war das Verständniss der an ihn gerichteten Worte, doch gelang es ihm besser, einen ihm genannten Gegenstand zu zeigen, als einen ihm gezeigten Gegenstand zu benennen. Dabei war der Patient gut im Stande nachzusprechen.

Gestört war ferner das spontane Schreiben, mangelhaft ging das Schreiben auf Dictat, besser gelang das Schreiben nach einer Vorlage. Erhalten war die Fähigkeit des Lesens, indess war das Verständniss des Gelesenen nur mangelhaft.

Der pathologisch anatomische Befund ergab Veränderungen des Gehirns und seiner Hände, welche dem gewöhnlichen Befunde bei Paralyse entsprachen. Ausser diesem fand sich eine auffallende Verschmälerung der ersten linken Schläfenwindung. Durch die mikroskopische Untersuchung derselben liess sich ausser erheblichem Faserschwund und starker Vermehrung der Spinnenzellen ein Mangel an Ganglienzellen in der ersten und zweiten Meynert'schen Schicht constatiren. Auch die Markleiste zeigte schwere Veränderungen. In der Broca'schen Windung wurden makroskopisch sowie mikroskopisch keine stärkeren Veränderungen gefunden, als wie sie in den Windungen sich zeigten, welche zur Untersuchung gelangt waren.

Vortragender knüpft an diesen Fall an, in welchem nach dem klinischen Befunde namentlich in der Broca'schen Windung Veränderungen vermuthet werden durften, um auf die von Moeli in Anlehnung an Kussmaul aufgestellte

Theorie einzugehen, nach welcher die centrifugale Sprachbahn die Wortklangbildstätte passirt. (sensorisches Centrum Wernicke's.) Nach dieser Theorie liesse sich der in Betracht kommende Fall klinisch und pathologisch leichter in Uebereinstimmung bringen.

Jastrowitz (Berlin) meint, dass Fälle von Aphasie nicht gar zu selten bei progressiver Paralyse sind, sie sind oft vorübergehender Natur. J. kann sich auch nur zweier Fälle erinnern, wo die Patienten mit syphilitischen Antecedentien aphasisch wurden und sich multiple Veränderungen fanden, die er leider nicht näher feststellen konnte, weil es ihm an Zeit fehlte. Sehr wichtig scheint ihm gerade der Umstand zu sein, dass man bei der Section grade das Entgegengesetzte gefunden hat, von dem, was erwartet werden muste nach der schematischen Auffassung von der Aphasie. J. glaubt, dass die Erklärung Aschers genügt, die motorische Aphasie ist entschieden stärker als die sensorische. Man sollte solche Befunde nicht durch eine erzwungene Erklärung zu verwischen suchen. Der Ausdruck transcortical ist kein glücklich gewählter.

Das einzige, was sich gegen den Fall anführen lässt, ist, dass er einen Paralytiker betrifft, wobei natürlich allgemeine Störungen in der Hirnrinde ausserdem vorhanden sind. Im Uebrigen sei der Fall sehr interessant und ausgezeichnet untersucht.

Ascher erwidert, dass er ja eben aus dem von J. erwähnten Grunde, das Wernickesche Schema für ungenügend gehalten und daher zu dem andern Schema von Moeli gegriffen habe.

Jolly (Berlin) sagt, es sei ihm vielfach so gegangen, dass, wenn er versuchte, praktische Fälle in das Schema einzureihen, dies öfter nicht gelang. Den vorliegenden Fall hält er nicht für eine motorische Aphasie, sondern er gehört zweifellos zur amnestischen Aphasie. (J. hält die frühere Eintheilung in atactische und amnestische Aphesie auch jetzt noch für die beste.) Er würde in erster Linie an den Schläfenlappen gedacht haben. Das Vorkommen von Aphasie bei Paralyse ist nicht selten.

Moeli (Dalldorf). So lang andauernde und gleichmässige Aphasie kommt nur ganz ausnahmsweise bei Paralyse vor. Solche Fälle, wie der vorliegende verdienen ganz besonders genau auf ihre anatomische Grundlage geprüft zu werden. Das Interessanteste ist, dass in der ersten Schläfenwindung (weniger in der 2.) ein derartiger anatomischer Prozess sich abgespielt hat, der von dem gewöhnlichen Befunde von Paralytikern abweicht. Die Wernickeschen Bezeichnungen sind nicht glücklich gewählt, indessen spricht Wernicke vom transcortical im Gegensatz zu subcortical. Die Wernickesche motorische Aphasie trennt sich wesentlich schärfer von der sensorischen, als dies in der Wirklichkeit uns entgegentritt, weil die Veränderungen in der Wortklangstätte sehr wesentlich auf die Wortbewegungsstätte von Einfluss sein wird. Wernicke nimmt das nicht in gleichem Maasse an.

Mendel (Berlin) glaubt, dass die principielle Differenz zwischen den transcorticalen und corticalen Störungen nicht vollständig durchführbar ist, weil die Fälle so liegen, dass die Centren nicht ganz zerstört sind. Der vorliegende Fall spricht dafür, dass eine sehr wesentliche Störung des sensorischen Elementes eine Störung des motorischen zur Folge haben kann. Der

Name transcortical sollte in die Wissenschaft nicht eingeführt werden; transcentral wäre schon etwas besser. Mendel stimmt mit Jolly überein, hält den Fall nicht für motorische Aphasie. Die Schemata haben alle einen geringen Werth. Man kann für jeden Fall von Aphasie ein eigenes Schema construiren. Der anatomische Befund in dem vorliegenden Falle ist zweifellos von grossem Interesse. Koenig.

---

3. Verein Ostdeutscher Irrenärzte.

Sitzung in Breslau am 5. Dezember 1891.

Vor Eröffnung der Vorträge wird an Stelle des verstorbenen Dr. Lissauer Dr. Neisser-Leubus zum Schriftführer gewählt. Der Sitzung wohnen als Gäste bei Landesrath Gürich aus Breslau und Dr. Martell aus Upsala.

38) **Kurella.** Ueber die öffentliche Fürsorge für Idioten.

Durch das preussische Gesetz vom 11. Juli 1891 ist den Landarmen-Verbänden die Unterbringung der bedürftigen Idioten und Epileptiker in geeignete Anstalten auferlegt worden. Mit Rücksicht auf die Thatsache, dass bisher nur die innere Mission und einige private Unternehmer für diese Classe von Kranken gesorgt haben, ist eine Stellungnahme der Irrenärzte zur Frage der künftigen Organisation dieser Fürsorge wünschenswerth, umsomehr, als voraussichtlich die geistlichen Leiter derartiger Anstalten, die den Arzt in der ganzen Sache in den Hintergrund zu drängen suchen, die flüssig zu machenden öffentlichen Mittel zur Erweiterung und Neubegründung von Anstalten der inneren Mission zu erlangen suchen werden.

Wichtig ist vor allem die Frage nach der Zahl der hilfsbedürftigen Idioten. Eine Idiotenstatistik existirt für Preussen nicht, jedoch ergiebt die Statistik der Irren und Idioten in Würtemberg, im Canton Zürich, in den russischen Ostseeprovinzen und die sorgfältige Zählung, die 1888—89 in Dänemark ausgeführt wurde, mit grosser Uebereinstimmung, dass ein Schwachsinniger auf 5—600 Einwohner kommt.

Das würde für Schlesien mehr als 8000 Idioten und Imbecille ergeben. Niemand wird daran denken, diese Zahl von Schwachsinnigen hospitalisiren zu wollen. Vielmehr wird immer nur ein Bruchtheil dieser Gesammtzahl der Anstaltspflege bedürfen. Nach den Erfahrungen in Würtemberg (Anstalten zu Stetten und Mariaberg) und Hannover (Langenhagen), wo die Nachfrage nach Anstaltsplätzen für Idioten zwar nicht ganz befriedigt, für die Mehrzahl der anstaltsbedürftigen Idioten jedoch gesorgt ist, würde auf 3—4000 Einwohner ein zu hospitalisirender Idiot kommen; in Schlesien würde man demnach für etwa 1400 Idioten zu sorgen haben. Es ist jedoch nicht zu erwarten, dass das Publikum sofort nach Beginn der öffentlichen Fürsorge seine Ansprüche an dieselbe stellen wird.

Eine Verbindung der Fürsorge für Idioten und Epileptiker hat gewisse Vorzüge innerhalb eines kleineren Bezirks, etwa einer Provincial-Hauptstadt in dem beide Kategorien Hirnkranker zusammen eine Zahl ausmachen, die eine einheitliche, individualisirende Leitung in einer Anstalt noch möglich erscheinen lässt. In grossen Bezirken ist es unmöglich, alle Epileptiker und Idioten in einer Anstalt zu vereinigen; es ist deshalb hier besser, von vornherein für beide Kategorien gesondert zu sorgen. Bei dem häufigen Nebeneinandergehen von Idiotie und Epilepsie wäre es freilich rathsam, epileptische

Kinder in die Idioten-Bildungs Anstalt zu schicken. Den Ausgangspunkt für die weitere Entwicklung der Idiotenfürsorge würde naturgemäss eine öffentliche Erziehungs-Anstalt für schwachsinnige Kinder bilden, an deren Wirksamkeit sich die Fürsorge für erwachsene Idioten ebenso naturgemäss anschliessen würde, wie sich die heutige provinzielle Irrenfürsorge im Anschluss an eine erste, als reine Heilanstalt gedachte, öffentliche Anstalt entwickelt hat.

Es ist zunächst nicht abzusehen; warum gemeingefährliche oder sonst anstaltsbedürftige erwachsene Idioten nicht nach wie vor in die Pflegeabtheilungen der Irrenanstalten kommen sollen; es ist für sie keine andere Organisation nöthig als die einer guten Irren Siechen-Station; die zu erwartende Zunahme anstaltsbedürftiger erwachsener Idioten kann vielmehr für viele Anstalten der sehr willkommene Anlass zur Schaffung zweckmässig eingerichteter Siechen-Stationen werden.

Eine specielle Organisation erfordert aber eine Idioten-Bildungs- und Erziehungsanstalt, die das nächste Mittel und der natürliche Ausgangspunkt der künftigen öffentlichen Idiotenfürsorge werden muss. Die Berichte und die sonstigen übereinstimmenden Aeusserungen der geistlichen oder geistlich inspirirten Leiter privater Idioten-Anstalten zeigen aber deutlich, dass nur unter ärztlicher Leitung eine naturgemässe Auffassung und Organisation der Idioten-Bildung möglich ist.

Die Psychologie des Idioten, der nichts andres ist als ein chronisch Hirnkranker, kann sich nur dem Kenner der Hirnpathologie erschliessen; die Pathologie der Idiotie ist nichts als eine Wiederholung der gesammten Hirnpathologie und erhält ihre besondere Färbung nur dadurch, dass der primäre Krankheitsprocess vor Abschluss der individuellen Entwicklung irreparable Folgezustände geschaffen hat; die Idioten-Bildung findet deshalb die einzige rationelle Grundlage in der Kenntniss des psychischen Lebens Hirnkranker. Die Erkenntniss und Behandlung der zahlreichen Leiden, welche die Hirnkrankheit des Idioten veranlassen und begleiten, ist gleichfalls nur möglich, wenn der Arzt der Idioten-Anstalt seine ganze Kraft widmet. Unter Umständen kann die Behandlung einer Otorrhoe ein geistig zurückbleibendes Kind hundertmal mehr fördern, als die schönsten Gebete und Andachten. Andrerseits ist das Studium der Idiotie eins der wichtigsten Hilfsmittel für die Fortentwicklung der Hirnpathologie und verwandter Gebiete, wie der Kraniologie, wie denn auch die sociale Bedeutung des Schwachsinns, seine engen Beziehungen zum Verbrecherthum nur dem psychiatrischen Urtheil sich erschliessen.

Eine Gründung besonderer, für sich bestehender Idioten-Anstalten ist nicht unbedingt erforderlich, nicht einmal wünschenswerth. Es lässt sich sehr wohl eine Idioten-Erziehungs-Anstalt von bescheidenem Umfange, die deshalb eine individualisirende Leitung noch zulässt, an die eine oder andere öffentliche Irrenanstalt angeschlossen denken, deren Direction die Verwaltung der Idioten-Anstalt übernimmt, ohne dass die Selbständigkeit des Arztes der letzteren unter dieser Fusion, die ihn von der Hauptmasse der Verwaltungsgeschäfte entlastet, zu leiden brauchte; in dieser Weise ist ja in Dalldorf, in Bicêtre, in der Salpêtrière die Idioten-Schule an grosse Irrenanstalten angeschlossen. Erwachsene und absolut bildungsunfähige jugendliche Idioten aber könnten in Zukunft ebensogut in den Pflegeabtheilungen der Irrenanstalten versorgt werden, wie sie es bisher wurden.

Vortragender stellt den Antrag, diese und andre auf die Idiotenfürsorge bezügliche Fragen einer aus der Mitte des Vereins zu wählenden Commission zu überweisen, die bei der nächsten Sitzung dem Verein Resolutionen vorzulegen hat. Landesrath Gürich wünscht von dieser Commission auch eine Definition der Idiotie zu erhalten, und erbietet sich, derselben die von den Kreisen eingeforderte Idioten-Statistik zugänglich zu machen.

An der Discussion betheiligen sich Wernicke, Dombluth-Bunzlau, Alter-Leubus und der Vortragende.

Der Verein wählt eine Commission zur Vorberathung einer Resolution, bestehend aus Alter-Leubus, Gürich, v. Karczewski-Kowanowko, Kurella-Kreuzburg, Wernicke.

Neisser. Ueber die Paranoia vom klinischen Standpunkte.

Der Vortrag ist in extenso in der Januar-Nummer veröffentlicht.

---

39) **Wernicke.** Ueber die psychiatrische Symptomenlehre.

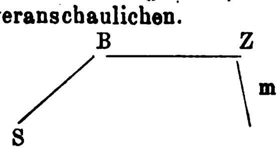
Die grosse Fülle der Symptome psychischer Störungen ist für einen einzelnen Beobachter fast unerschöpflich; wenn auch die Psychosen unter sich nicht in dem Maasse verschieden sind, wie die Krankheiten verschiedener Organe, so gehen die Differenzen so weit, dass es schwer ist, die von einem andern Beobachter geschriebenen Krankengeschichten zur Reconstruction des Krankheitsbildes zu verwenden. Diesen descriptiven Schwierigkeiten gegenüber regt sich das Bedürfniss nach einem festen Rahmen, zur Einreihung der Erscheinungen.

Geht man zunächst von der Reihe von Thätigkeiten aus, welche geleistet werden müssen, wenn das Wortklangbild eines concreten Begriffs, z. B. einer Rose, gehört, verstanden und ausgesprochen werden soll, so haben wir — in Anlehnung an das bekannte Schema — zunächst eine Station, in welcher das Wortklangbild akustisch aufgefasst, akustisch erkannt und mit den homologen früheren Eindrücken identificirt werden muss. Dieser Process des Wiedererkennens, Identificirens, „die primäre Identification", ist gestört bei sensorischer Aphasie. Um Störungen dieser „primären Identification", resp. ihres Analogons auf der motorischen Seite des Schemas, handelt es sich aber bei Geisteskranken nicht; sie sind als solche — von der Dementia paralytica abgesehen — weder gelähmt noch der Sinnes-Auffassung beraubt.

Nun kommt in der genannten Reihe von Thätigkeiten fernerhin die Möglichkeit in Betracht, dass die Fortleitung zum Begriffscentrum gestört oder aufgehoben ist.

Von einem Begriffscentrum soll übrigens nur in uneigentlichem Sinne die Rede sein, darunter ist die Summe der, einen concreten Begriff zusammensetzenden einzelnen Theil-Vorstellungen zu verstehen, die durch Beschreiten weiterer Fortleitungsbahnen zusammengefasst werden.

Soll nun durch ein Wortklangbild eine Zielvorstellung erreicht werden, z. B. die motorische Wortvorstellung Rose, so lässt sich der ganze Process an folgendem Schema veranschaulichen.



S soll das sensorische Element, z. B. das Centrum für das Klangbild „Rose“ bezeichnen, **B** soll das Begriffscentrum repräsentiren, **Z** das Centrum der Zielvorstellung, **m** die motorische Bahn für die äussere Manifestation der letzteren.

Innerhalb dieser Gesammtbahnen, anders ausgedrückt, im Ablauf dieser verschiedenen Identificationsthätigkeiten muss die krankhafte Störung gefunden werden. Wo im speciellen Falle die Störung ihren Angriffspunkt hat, muss ermittelt werden, und für diese Aufgabe stehen uns nur die motorischen Aeusserungen des Kranken zu Gebote, seine Reactionsbewegungen und Ausdrucksbewegungen (zu letzteren gehört die Sprache); das unmittelbare Beobachtungsmaterial rührt also von der Linie Z m des obenstehenden Schemas her.

Schliesst man somit bei Irren, — da sie ja im Besitz ihrer Wahrnehmungen sind, — die primären Identificationsstörungen au , so bleibt folgende Reihe von secundären Störungen der Identification übrig. Die psychosensorischen (auf der Bahn S B), die intrapsychischen (in dem Complex B) und die psychomotorischen (Z m).

Aus der Thatsache, dass Störungen in Z m zur Beobachtung kommen, ergiebt sich noch nicht der Sitz des Krankheitsprocesses; so kann ein Kranker z. B. den Ausdruck der Angst zeigen, ohne das entsprechende Gefühl zu haben. Mutacismus ferner kann entstehen durch Störung der psychomotorischen Identification, — vielleicht kann der Kranke mit dem vorhandenen Willensimpulse die motorische Bahn nicht erregen, — er kann aber auch bedingt sein durch psychosensorische oder sensorische Störungen (verbietende Hallucinationen, Gefühl von Abwesenheit der Sprachwerkzeuge).

Es ergiebt sich somit folgende Eintheilung der Symptome:

Psychosensorische	Anaesthesien
„	Paraesthesien
„	Hyperaesthesien
Intrapsychische	Afunction
„	Parafunction
„	Hyperfunction
Psychomotorische	Akinesien
„	Parakinesien
„	Par-Akinesien.

Die Affecte finden in diesem Schema scheinbar keine Erledigung, doch muss man erwägen, dass sie stets an den Vorstellungsverlauf geknüpft sind; wo sie scheinbar primär auftreten, da resultirt ein unbemerkter psychophysischer Process (Vorstellung) im Affect, der als Endglied des Processes allein ins Bewusstsein tritt. Cl. Neisser. H. Kurella.

Ueber optische Erinnerungsbilder.

Vortrag auf der Sitzung des Vereins ostdeutscher Irren- und Nervenärzte vom 5. Dezember 1891, gehalten von

Dr. med. Heinrich Sachs (Breslau).

40) **M. H.** Die Frage, woran man die Form eines schon einmal gesehenen Gegenstandes wiedererkennt, in ihrem ganzen Umfange abzuhandeln, würde einen Zeitraum in Anspruch nehmen, der die mir hier zugemessenen Mi-

nuten weit überschritte. Ich will mich auf einen Theil des Gebietes beschränken und in kurzen Worten zu erörtern versuchen, woran man die Form eines solchen Gegenstandes wiedererkennt, dessen Bild man mit einem Blicke, ohne eine Bewegung der Augen oder des Kopfes, in sich aufzunehmen im Stande ist. Es sind das Dinge, deren Bild sich vollständig auf der macula lutea, oder etwa noch ihrer nächsten Umgebung entwirft, deren Gesichtswinkel also nach allen Richtungen hin wenige Grade nicht übersteigt. Als Typen hierfür können einzelne Buchstaben und Silben oder nicht all zu nah gesehene Gesichter dienen.

Indem diese kleinsten Dinge die Grundlage für alle zusammengesetzten optischen Erinnerungsbilder darstellen, müssen die für ihr Wiedererkennen geltenden Gesetze auch für die Formen grösserer Gegenstände massgebend sein.

Wie bei allen Erinnerungsbildern muss man auch bei den optischen die Eigenthümlichkeiten, die den Gegenständen selbst zukommen, und an denen wir diese wiedererkennen, von den Vorgängen unterscheiden, die dabei im Körper, in letzter Linie im Grosshirn spielen, und an deren Wiederauftreten wir bemerken, dass die neue Wahrnehmung einer schon einmal da gewesenen älteren entspricht. (Die philosophische Seite der Frage bleibt bei dieser Untersuchung selbstverständlich ganz ausser Betracht.)

Wir nehmen die Vorstellung von der Form eines gesehenen Gegenstandes nicht in der Weise in uns auf, dass wir dieselbe Punkt für Punkt und Linie für Linie uns einprägten; vielmehr ist es immer nur eine verhältnissmässig kleine Anzahl von Punkten und Linien, die uns im Gedächtniss bleiben, und an denen wir einen Gegenstand wiedererkennen. Man könnte diese Punkte die Erkennungspunkte des Gegenstandes nennen, und zwar insofern sie diesem selbst zukommen, seine äusseren Erkennungspunkte. Die Zahl und die gegenseitige Lage solcher Punkte zu einander ist für verschiedene Menschen nicht genau gleich — daher die abweichenden Urtheile über Aehnlichkeit und Unähnlichkeit von Dingen — ihre Zahl wächst je öfter man einen Gegenstand sieht, je eingehender man sich mit ihm beschäftigt; auch die Befähigung der Menschen, solche Punkte schon beim ersten Anblick, oder überhaupt in grösserer oder geringerer Zahl in sich aufzunehmen, ist eine verschiedene, meist sogar bei demselben Menschen ungleich für verschiedene Arten von Dingen. Im Grossen und Ganzen freilich sind die Haupterkennungspunkte, der Dinge des täglichen Lebens wenigstens, für alle Menschen annähernd dieselben; sie sind es, die das Characteristische eines Gegenstandes bilden, und die dem Zeichner die Möglichkeit geben, mit wenigen Strichen einen Gegenstand, etwa ein Portrait derart zu skizziren, dass dasselbe sofort allgemein erkannt wird.

Indem von jedem gesehenen Gegenstande auf unserer Netzhaut ein umgekehrtes Bild entsteht, bildet sich auch jeder Erkennungspunkt eines Gegenstandes auf einer bestimmten Stelle der Netzhaut, insbesondere der macula lutea ab. Wir unterscheiden die verschiedenen Netzhautpunkte von einander an ihren Localzeichen (Meynert), das sind die Erinnerungsbilder zusammengesetzter Innervationsempfindungen, welche ihre Entstehung in den Kernen der Augenmuskeln im Höhlengrau des Gehirns haben. Das Localzeichen eines jeden Netzhautpunktes wird durch die Summe der Innervationsempfindungen derjenigen Augenmuskelbewegungen gebildet, welche

dazu dienen, den in Frage kommenden Netzhautpunkt mit dem Mittelpunkte des gelben Fleckes zu vertauschen, oder, was dasselbe ist, welche im Gesichtsfelde den Fixierpunkt auf denjenigen Punkt des gesehenen Gegenstandes einstellen, der sich vorher auf der fraglichen Netzhautstelle abgebildet hatte. Indem jedes Localzeichen schon in frühester Jugend mit dem dazu gehörigen Netzhautpunkte associirt wird, klingt es später bei Reizung seines Netzhautpunktes immer mit an, auch wenn die entsprechende Augenbewegung in Wirklichkeit nicht gemacht wird. Diese Einrichtung ermöglicht es erst, späterhin die Formen kleiner Gegenstände unmittelbar, ohne Bewegung der Augen wahrzunehmen.

Man könnte meinen, dass man einen Gegenstand dann wieder erkennt, wenn seine Erkennungspunkte, also die Punkte, die man sich das erste Mal an ihm gemerkt hatte, wieder auf dieselben Netzhautpunkte fallen, und damit dieselben Localzeichen wieder anklingen. Dann dürfte uns ein Gegenstand aber immer nur in derselben Lage und Entfernung dem Auge als bekannt vorkommen. In Wirklichkeit erkennen wir aber denselben Gegenstand innerhalb gewisser Grenzen in den verschiedensten Entfernungen vom Auge, obwohl sein Bild auf der Netzhaut dabei sich leicht um das Zehnfache vergrössern oder verkleinern kann, und in Folge dessen auch seine Erkennungspunkte auf andere Netzhautpunkte fallen. Dasselbe gilt, wenn der Gegenstand, während er in derselben Entfernung bleibt, selbst grösser oder kleiner wird. Als Beispiel mögen die folgenden Buchstaben dienen

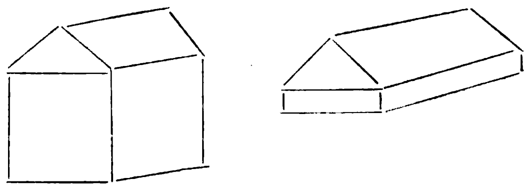
ndz ndz ndz

Dagegen erkennen wir denselben Gegenstand für gewöhnlich nicht mehr, wenn er etwas stärker gedreht oder gar auf den Kopf gestellt wird,

nu dp zN

vorausgesetzt, dass wir ihn nicht auch in dieser anderen Lage schon gesehen und mit Hilfe anderweitiger Ueberlegung oder anderer Sinne als denselben kennen gelernt haben. So ist es ungemein schwierig, eine auf den Kopf gestellte Photographie zu erkennen. Man könnte daraus schliessen, dass wir die verschiedenen Bilder, die erfahrungsgemäss, wie der Tastsinn erweist, derselbe Gegenstand in verschiedener Lage auf unserer Netzhaut entwirft, auf irgend eine Weise mit einander associiren, und dass wir umgekehrte Dinge bloss desshalb nicht erkennen, weil wir nicht gewöhnt sind, uns die Welt gelegentlich einmal auch mit dem Kopfe nach unten anzusehen. Indessen, das Wiedererkennen desselben Gegenstandes in verschiedenen Entfernungen gilt auch von solchen, selbst complicirten Formen, die wir zum ersten Male gesehen haben, wie z. B. von dem Gesichte Jemandes, der uns eben vorgestellt worden ist; auch hier macht eine unvermittelte Vergrösserung oder Verkleinerung nichts aus. Somit können es nicht die Formen im Ganzen sein, die wir associiren. Es ist offenbar, dass wir diejenigen Dinge unmittelbar als gleichartig oder sogar als identisch wahrnehmen, deren sich entsprechende einzelne Linien einander paralell laufen. Es wäre daher möglich, dass wir schon in frühester Jugend uns daran gewöhnen, paralelle Linien mit einander zu associiren, sie als

identisch zu betrachten, und dass wir desshalb späterhin Formen, die von paralellen Linien gebildet werden, als gleichartig ansehen. Auch diese Betrachtungsweise ist nicht vollständig, wie Sie aus den folgenden beiden Formen ersehen können,



deren einzelne Linien einander Strich für Strich paralell sind, und die doch Zerrbilder von einander darstellen. Vielmehr müssen die Formen einander mathematisch ähnlich sein, wenn sie uns gleichzeitig erscheinen sollen. Wenn wir denselben Erkennungspunkt des Gegenstandes fixiren, so müssen bei verschiedenen Grössen die anderen Erkennungspunkte stets auf dieselben Radien des Gesichtsfeldes, bezw. auf dieselben Meridiane der Netzhaut fallen, und ihre Abstände auf diesen Radien vom Fixierpunkte müssen ein constantes Verhältniss haben.

Zu einem jeden Punkte der Netzhaut, und also auch zu der ihm zugeordneten Stelle der Grosshirnrinde, gehört, wie erwähnt eine bestimmte Gruppe von Innervationsempfindungen der verschiedenen Augenmuskeln, das Localzeichen des betreffenden Netzhautpunktes, welches ebenfalls an einer Stelle der Grosshirnrinde, etwa innerhalb einer bestimmten Gruppe von Ganglienzellen seine centrale Vertretung haben muss. Eine Linie an irgend einer Stelle des Gesichtsfeldes würde sich central darstellen in der Form einer Kette von aneinander hängenden Gruppen von Innervationsempfindungen, nämlich denjenigen, welche entstehen, wenn wir das Auge auf einen Endpunkt der Linie richten und dieselbe dann der Länge nach mit dem Auge abtasten. Um der vorhin aufgestellten Forderung der mathematischen Aehnlichkeit der Formen zu genügen, müssten in der Grosshirnrinde alle diejenigen Ketten von Localzeichen mit einander associirt werden, welche entstehen wenn das Auge paralelle Linien abtastet, und zwar solche Paralellen, deren Länge zu ihrer Entfernung vom Fixierpunkte des Auges bei Primärstellung desselben in einem constanten Verhältniss steht. Für jede einzelne dieser Linien würde also eine zweifache Bewegung des Auges in Frage kommen, nämlich erstens die Bewegung, die den Fixierpunkt auf den einen Endpunkt der Linie richtet, und dann diejenige, mit deren Hülfe das Auge die Linie durchläuft, und dem entsprechend müssten auch zwei Localzeichenketten in der Grosshirnrinde mit einander verbunden sein.

Diese Betrachtung lässt immer noch den einen Fall unerklärt, dass ein kleines Object etwas excentrisch gesehen wird. Man erkennt in diesem Falle die Form des Objects, gleichgiltig welche Ecke derselben man fixiert. Hier müsste man voraussetzen, dass gleichlange paralelle Linien in verschiedener Entfernung vom Fixierpunkte mit einander innerlich associirt seien, was der oben aufgestellten Annahme entgegenläuft, und man käme schon hier, bei dem einfachsten Falle unserer geistigen Thätigkeit zu einem

solchen Gewirre der verschiedenartigsten Asscociationen, dass eine Auflösung desselben ausserhalb der Möglichkeit unserer Erkenntniss zu liegen scheint.

Bei dieser Sachlage muss die Frage berechtigt erscheinen, ob denn paralelle Linien, und sodann Punkte, die auf demselben Meridian liegen erst mit einander associirt werden müssen, um späterhin als gleichartig erkannt zu werden, ob hier nicht vielmehr eine Einrichtung des Auges selbst mitspielt, derart, dass die diesen Linien und Punkten zugehörenden Gruppen von Innervationsempfindungen schon von vornherein, vor jeder Association einander ähnlich sind. Das Letztere würde eintreten, wenn bei der Abtastung eines Meridians stets dieselben Augenmuskeln in Thätigkeit treten würden, und wenn dabei das Verhältniss der Innervationsgrössen der einzelnen Augenmuskeln dasselbe bliebe, nur dass jeder einzelne Augenmuskel bei der längeren Linie oder bei einer grösseren Entfernung vom primären Fixirpunkte eine stärkere Innervation bekommen müsste. Stellt man sich dann vor, dass jedem Augenmuskel, oder, was vielleicht richtiger ist, jeder elementaren Bewegung der Augen, etwa der Abtastung eines bestimmten Meridians, eine bestimmte Stelle der Grosshirnrinde erregt und mit einander associirt werden, nur die Stärke der Erregung jeder einzelnen Stelle würde in ähnlichem Verhältnisse, wie die Grösse der Form sich ändern. Für alle Punkte eines und desselben Netzhautmeridians würden die Localzeichen in derselben Ganglienzellengruppe enthalten sein und sich von einander ebenfalls nur durch die Stärke unterscheiden, mit der diese Zellgruppe in Thätigkeit tritt. An sich betrachtet würde jede solche Zellgruppe eine bestimmte Richtung im Raum, vom jeweiligen Fixierpunkt aus gerechnet, darstellen.

Einen strengen Beweis für die Annahme, dass bei derselben Richtung der Augenbewegung stets dieselben Augenmuskeln mit derselben relativen Stärke der Innervation wirken, vermag ich nicht zu geben. Auch die Beweise von Hering, der von einem ganz anderen Ausgangspunkte aus, zu demselben Resultate gekommen ist, scheinen mir nur Wahrscheinlichkeitsbeweise zu sein. Doch will ich versuchen, an einem Beispiele die Möglichkeit der Annahme zu zeigen. Die Bewegung des (linken) Auges nach oben aussen wird durch die mm. rectus externus, rectus superior und obliguus inferior bewirkt. Der r. e. wendet den vorderen Augenpol aus der Primärlage heraus rein nach aussen und dreht das Auge nicht um die Blicklinie. Wird der vordere Augenpol dagegen vorher oder gleichzeitig nach oben bewegt, so nimmt die Aussenwendungscomponente des r. e. und zwar, je stärker die Ablenkung nach oben, um so mehr ab, und der Muskel wendet das Auge mit einem Theil seiner Spannung nach oben und neigt die obere Hälfte des verticalen Meridians nach innen (positive Drehung um die Blicklinie für das linke Auge). Der r. s. wendet für sich allein den vorderen Augenpol nach oben und etwas nach innen und dreht das (linke) Auge positiv. Der o. i. wendet den vorderen Augenpol nach oben und etwas nach aussen und dreht das Auge negativ. Wirken diese beiden Muskeln wie im normalen Auge immer, zusammen, so heben sich die Drehungen und die Wendungen nach aussen und innen bei der Bewegung aus der Primärlage heraus auf, und es bleibt nur die Wendung nach oben übrig. Wird der vordere Augenpol jedoch vorher oder gleichzeitig nach aussen gewendet, so nimmt für den r. s., und zwar je stärker die Ablenkung nach

aussen, um so mehr, die Obenwendungscomponente zu, die Innenwendungs- und die Drehungscomponente ab, für den o. i. nimmt umgekehrt die Obenwendungscomponente ab, die Aussenwendungs- und die Drehungscomponente zu.

Die ganze Bewegung nach oben aussen stellt sich also wenn man eine gleichmässig wachsende Innervation der drei in Frage kommenden Muskeln voraussetzt, folgendermassen dar. Die abnehmende Aussenwendung durch den r. e. wird ergänzt durch das zunehmende Uebergewicht der o. i. über den r. s. in dieser Beziehung. Das zunehmende Uebergewicht der negativen Drehung (um die Blicklinie des (linken) Auges) des o. i. über die positive des r. s. wird ausgeglichen durch die zunehmende positive Drehungscomponente des r. e. Dafür unterstützt der letztere die beiden anderen Muskeln mit seiner steigenden Obenwendungscomponente. Es muss mithin bei gleichmässig wachsender Innervation aller drei Muskeln eine Drehung des Auges, oder ein Abweichen des vorderen Augenpols nach aussen oder nach oben von der ursprünglichen eingeschlagenen Richtung nicht mit Nothwendigkeit eintreten. Für jede andere Bewegungsrichtung lässt sich eine ähnliche Ueberlegung anstellen. (Autoreferat.)

III. Referate und Kritiken.

---

41) **Die Kopfnerven von Salamandra maculata** im vorgerückten Embryonalstadium untersucht von Baron von Plessen und Dr. J. Rabinovicz. Mit 2 lithograph. Doppeltafeln und 4 Zinkographien. München 1891.

Die Embryonen waren 2,5 bis 3 cm lang, wurden in Müllerscher Flüssigkeit gehärtet, in Paraffin eingebettet und die Schnittserien nach der etwas modificirten Kultschitzkyschen Nervenfaserfärbung gefärbt.

Die Resultate müssen im Original nachgelesen werden. Die übersichtliche Darstellung wird durch die sehr klaren Figuren trefflich illustrirt.

Dr. Feist.

---

42) **Beitrag zur Kenntniss der Wurzeln der Trigeminusnerven** von Dr. Hans Gudden-München. Mit 1 Tafel. — Allg. Zeitschr. für Psych. Bd. 48, p. 16.

Das Material zu dieser Arbeit stammt aus dem reichen Schatze des Guddenschen Nachlasses. Eine lückenlose Serie von Frontabschnitten durch

ein Kalbsgehirn, dem der rechte Tractus olfactorius und der rechte N. Trigeminus fehlen, bildet die Grundlage der Untersuchung. Controlirt und bestätigt wurden die Resultate an dem Hirn eines Kaninchens, dem der N. V zwischen Brücke und Ganglion Gasseri etwa zur Hälfte durchtrennt waren; ausserdem durchsetzte das Messer die hinteren Parthien des Schläfenlappens, verletzte die hintere Hälfte des Corp. quadrigem. ant., und durchschnitt den N. trochlearis vollständig und den Ped. cerebri theilweise, wodurch entsprechende Atrophien entstanden waren.

Die Durchforschung des Präparats ergibt Folgendes in Bezug auf die Wurzeln des V: die motorische Wurzel entspringt aus dem motorischen Kerne derselben Seite, die absteigende Wurzel aus den grossblasigen, im centralen Höhlengrau um den Aquaeductus gelagerten Zellen. — Die von den Autoren angenommene partielle Kreuzung einerseits der motorischen, andererseits der absteigenden Wurzel lässt sich weder bestätigen noch leugnen; wenn sich Fasern kreuzen, so sind es jedenfalls nur sehr wenige.

Die Faserbündel, welche die aufsteigende Wurzel des V bilden, entstehen wahrscheinlich schon von den untersten Theilen des Halsmarkes ab, und entwickeln sich aus der Subst. gelatinosa, und zwar bis etwa zur Austrittsstelle des zweiten hinteren Halsnervenpaares grösstentheils aus der lateralen Partie derselben, von dort bis zum verlängerten Mark auch aus dem ventrolateralen Abschnitt, während in der Med. obl. die gelatinöse Substanz in allen ihren Theilen als faserbildendes Centrum der aufsteigenden Wurzel zu betrachten ist. H. Dehio (Rothenberg).

---

43) **Vittorio Marchi**: Sull' origine e decorso dei peduncoli cerebellari e sui loro rapporti cogli altri centri nervosi.

(Rivista sper. di freniatria e di med. legale, Bd. 17 H. 3, 1891.)

Verf. veröffentlicht hier nur kurz die Resultate einer in den Acten der Academie der Wissenschaften des königlichen Institutes zu Florenz genauer dargestellten Untersuchung über den Verlauf der Fasern der Kleinhirnschenkel. Er hat an 15 Hunden und Affen theils die eine Hälfte, theils die Mitte, theils das ganze Kleinhirn exstirpirt und ist auf Grund der Untersuchung der hierdurch hervorgerufenen Veränderungen zu folgenden Resultaten gekommen.

1. Die oberen Kleinhirnschenkel kreuzen sich nicht vollständig, sondern ein kleines Fasernbündel verläuft direct auf derselben Seite, wo die Kleinhirnhemiexstirpation vorgenommen wurde, und endet in den thalami optici, während das Hauptbündel in dem rothen Kern Stillings der entgegengesetzten Seite endet. Diese Schenkel schicken weder Fasern zu den tractus optici noch zu der Schleife, wie bisher angenommen wurde.

2. Die mittleren Kleinhirnschenkel stellen nicht einfache Commissurfasern dar, welche die eine Kleinhirnhemisphäre mit der anderen in Verbindung bringen. Ihre Fasern dringen, bevor sie den mittleren Sulcus der Brücke erreichen, zwischen die Pyramidenfasern ein, durchschneiden dieselben, um schliesslich mit der grauen Substanz der gleichseitigen Brückenhälfte in Verbindung zu treten. Andere, wenig zahlreiche Fasern der ge-

nannten Schenkel verlaufen vor den Pyramiden her zur grauen Substanz der entgegengesetzten Brückenhälfte.

3. Die unteren Kleinhirnschenkel schicken ein Faserbündel zur Olive der entgegengesetzten Seite, bilden die fibrae arciformes und die Kleinhirnseitenstrangbahn. Letztere besteht aller Warscheinlichkeit nach sowohl aus zugehenden wie abgehenden Fasern; die abgehenden würden gerade diejenigen sein, welche nach Kleinhirnverletzungen wenigstens bei Hunden und Affen degeneriren.

4. Das hintere Längsbündel und die Schleife haben gemeinsamen Ursprung im Kleinhirn und specieller im mittleren Lappen. Sie verlaufen mit den mittleren Kleinhirnschenkeln und treten in Beziehung: das erstere mit den Kernen der Hirnnerven, und die zweite mit der grauen Brückensubstanz, mit den Vierhügeln und wahrscheinlich mit dem corpus striatum vermittelst eines Fasernbündels, welches nach oben mit den Pyramidenbündeln vereint, verläuft. Endlich vereinigen sich das hintere Längsbündel und die Schleife in der Olivengegend und verlaufen zusammen in den antero-lateralen Strängen, welche aller Wahrscheinlichkeit nach mit den Vorderhörnern des Rückenmarkes in Beziehung stehen, weil in Folge von Verletzungen oben genannter Bündel man die vorderen Wurzeln des Rückenmarkes degenerirt findet.

5. Es bestätigt sich die Hypothese einiger Anatomen, dass die Hirnnerven in Beziehung zum Kleinhirn stehen; denn diese Beziehungen finden statt vermittelst des hinteren Längsbündels und der Schleife.

6. Der Ursprung der drei Kleinhirnschenkel ist über die ganze Kleinhinrinde verbreitet mit dem Unterschiede, dass der nucleus dentatus eine grössere Fasernmenge für die oberen Schenkel und der Wurm für die mittleren Schenkel liefert. Strauscheid.

---

41) Dr. **F. Sgobbo.** Sulla rigenerazione del midollo spinale nei vertebrati. (La Psichiatria 1890, fasc. 344).

Verf. stellt die ganze Literatur über diesen Gegenstand zusammen und findet, nachdem er die bisher erschienenen Arbeiten einer strengen Kritik unterworfen hat, grosse Verschiedenheiten in den Ansichten der Autoren; nur in Betreff der Regeneration des Rückenmarks im Tritonenschwanz herrscht Uebereinstimmung. Den Autoren, die sonst die Frage der Regeneration im positiven Sinne beantworten, glaubt Verfasser Ungenauigkeit in der Arbeit und in den Schlüssen vorwerfen zu müssen.

Verf. hat nun in einer grossen Reihe von Versuchen die physiologische und anatomische Regeneration des Rückenmarks von Neuem geprüft und hierzu Tritonen, Eidechsen, Froschlarven, erwachsene Frösche, Tauben und Hunde benutzt. Er kommt zu folgenden Schlüssen.

1. Tritonen hat er die Schwänze amputirt und die Medulla am vorderen Drittel durchschnitten. Die Centren für die willkürlichen Bewegungen liegen oberhalb der proximalen Läsionsstelle des Rückenmarks. Die Reflexcentren finden sich in der ganzen Spinalachse, einschliesslich des Candaltheils und regeneriren sich in den wiedergewachsenen Schwänzen. Die Integrität der ganzen Medulla ist für die Regeneration des Schwanzes und

seines Rückenmarks theils nicht nöthig. Jedoch erfolgt bei Tritonen mit Verletzung des Rückenmarks die Regeneration langsamer und weniger ausgiebig. Der Medullastumpf zeigt hier nach 10 Tagen auf 2,5 mm hin starke Degeneration der grauen und weissen Substanz; aber das Central-Canal-Epithel ist nur auf $^3/_4$ mm hin zerstört, von da ab zeigt es mitotische Processe. Später finden sich Uebergangszellen des Epithels, die schliesslich zu Ganglienzellen werden und wirkliche Nervenfasern. Bei Thieren mit unverletztem Rückenmark sind die Vorgänge qualitativ dieselben, aber quantitativ verschieden: Die Degeneration des Medullarstumpfs ist viel geringer, die Mitosen des Epithels viel häufiger, es bilden sich mehr Nervenzellen und -Fasern. In beiden Fällen geht die Regeneration des Nervengewebes vom Epithel des Central-Canals aus. An der Laesionsstelle am vorderen Drittel des Rückenmarks treten ebenfalls Degenerationsvorgänge auf, besonders in dem caudalen Stumpf, sie betreffen die graue und weisse Substanz sowie das Epithel. Es tritt Proliferation des Epithels auf, sowie Uebergangsformen von diesen zu Ganglienzellen; und zwar ist dies im cranialen Stumpf viel stärker der Fall als im caudalen. Es ist also ein Anfang von Regeneration nicht zu verkennen, aber es bleibt nur bei einem solchen. Nervenfasern und wirkliche Nervenzellen waren nach 70 Tagen noch nicht zu constatiren.

2. An Eidechsen wurden dieselben Versuche vorgenommen. Hier regenerirte sich vom Rückenmark des amputirten Schwanzes nur das Epithelrohr; bei Thieren mit oben verletztem Rückenmark war diese Regeneration geringer, die proximale Verletzung des Rückenmarks zeigte Degeneration an beiden Stümpfen, besonders am caudalen, und Epithelwucherung besonders stark am cranialen.

3. Von Froschlarvenschwänzen wurden Stücke resecirt. Das Rückenmark besteht in diesen nur aus einem Epithelschlauch; es regenerirte sich durch Proliferation der Epithelzellen des Stumpfes. Uebergänge in Ganglienzellen und Nervenfasern waren weder hier noch bei Eidechsen zu constatiren.

4. Fröschen wurde das Rückenmark hoch oben, anderen am filum terminale durchschnitten. Bei der letzten Gruppe bildete sich eine Bindegewebsnarbe; das Epithel blieb unverändert. Bei den anderen zeigten beide Stümpfe, besonders der caudale starke Degenerationen der weissen und grauen Substanz und geringe des Epithels. Die Reflexthätigkeit war hier bei völliger Lähmung der Sensibilität und Motilität erhöht. Regenerationserscheinungen waren nicht zu constatiren.

5. Tauben wurden 21 Stück operirt und zwar mit einfacher und doppelter völliger transversaler Durchtrennung, mit doppelter Halbdurchtrennung auf einer Seite, mit Excision, mit Ligatur durch Catgutfäden und endlich mit Transplantation eines Rückenmarkstücks von einem Thier auf's andere. Die physiologischen Resultate ergaben nichts Neues. Das Wichtigste der anatomischen Untersuchung, die 9 bis 120 Tage post operationem stattfand, ist, dass nirgends auch nur eine Spur von Regeneration von Nervengewebe gefunden ward und dass die transplantirten Stücke ganz resorbirt und durch Bindegewebe ersetzt wurden. Die microscopischen Details

der an den verschiedenen Wunden erfolgenden Degenerationserscheinungen müssen im Original nachgelesen werden.

6. An 15 neugeborenen Hunden wurden die Eichhorst-Naunynschen Versuche wiederholt. An 7 anderen 5—6 Tage alten Thieren wurde einfache und doppelte Querdurchtrennung mit und ohne Schonung der Dura und intradurale Halbdurchtrennung vorgenommen. Physiologische Resultate ergaben nichts Neues. Anatomisch zeigte sich nirgends ein Zeichen von Regeneration. Die an die Wunden grenzenden Rückenmarksstücke zeigten Degeneration der nervösen Elemente. Die Wunde selbst war mit Bindegewebe erfüllt.

In der bei allen untersuchten Thieren stets sich vorfindenden Wucherung der Zellen des Centralcanals sieht Verf. überall die regenerative Neigung des Nervengewebes und glaubt, dass es äussere Umstände (Wucherung von Bindegewebe etc.) sind, die die Bildung von nervösen Elementen aus dem Epithel hindern.

Eine Tafel mit anschaulichen Figuren ist der fleissigen Arbeit beigegeben. Dr. Feist.

---

45) **Isaac Ott** (Easton, Pa.): The Function of the Tuber cinereum.

(The journal of nervous and mental disease. July 1891.)

Verf. theilt auf $1^1/_2$ Seiten kurz die Resultate von 16 Experimenten, die er angeblich an Kaninchen gemacht hat, behufs Bestimmung der Function des Tuber cinereum. Er kommt dabei zu dem Schlusse, dass letzteres ein Centrum für Polypnoë und Wärmeregulirung sei. Bei in einem Wärmekasten auf 107° F. erhitzten Kaninchen gelang es ihm sowohl durch tiefe Stiche in die Sehhügel in der Richtung auf das Tuber cinereum zu, als auch durch Punktiren des letzteren selbst von der frei gelegten Schädelbasis aus die Polypnoë zum Aufhören zu bringen. Durch eine leichte Punktion des Tuber cinereum oder durch Gegendrücken eines Wattebausches verursachte er eine Steigerung der Respiration. Punktirung des Tuber rief auch Temperatursteigerung hervor, ohne dass aber selbst bei einer Steigerung auf 109° F. eine Beschleunigung der Respiration eintrat.

Strauscheid.

---

46) **Isaac Ott** (Easton, Pa): The interbrain: its relations to thermotaxis, polypnoëa, vaso-dilatation and convulsive action.

(The journal of nervous and mental disease. July 1891.)

Verf. theilt in höchst summarischer Weise einige Versuche an Kaninchen und Katzen mit zur Bestimmung der Function des Zwischenhirns und hebt besonders ausser den früher (cf. oben) erhaltenen Resultaten hervor, dass in den thalami optici vaso-tonische Centren vorhanden sind. Folgende Tabelle soll nach ihm die Beziehungen des Centralnervensystems zu der Körpertemperatur etc. darstellen:

Fore-Brain	Cortex-Thermo-inhibitory centres 1. cruciate, 2. Sylvian.	
	Base-Thermogenic centres	1. caudate nucleus, 2. gray matter of septum lucidum (White), 3. gray matter in front of and beneath caudate nucleus.
Inter-Brain	4. Thermolytic centres, Polypnoëic and vaso-tonic centres in tuber cinereum.	
After-Brain	— Thermolytic centres — respiratory and vaso-motor.	
Spinal Cord	— Thermolytic centres — Sudorific centres — Thermogenic centres.	

Strauscheid.

---

47) **Isaac Ott**: Vasotonic centres in the thalami.

(The journal of nervous and mental disease. August 1891.)

Verf. fand, dass bei Verletzung der vorderen Hälfte der thalami optici der Arteriendruck fast immer fiel und seine frühere Höhe nicht mehr erreichte; dabei blieb die Pulszahl ungefähr die gleiche. Demnach haben die thalami einen Einfluss auf das vasomotorische Centrum, den Verf. für tonischer Natur hält, da ein Schnitt direct vorn an dem Pons ein Sinken der Spannung veranlasst. Strauscheid.

---

48) **A. Borgherini e G. Gallerani**: Contribuzione allo studio dell' attività funzionale del cervelletto.

(Riv. sperim. di freniatria et di med. leg. Bd. 17 Heft 3 1891.)

Die Verf. haben an 5 Hunden zum Theil partielle, zum Theil fast vollständige Exstirpationen des Kleinhirns vosgenommen behufs Studium der hierdurch bedingten Ausfallserscheinungen. Sie sind dabei zu folgenden Schlüssen gelangt:

Das Kleinhirn ist ein für die Coordination der willkürlichen Bewegungen wesentliches Organ. Jede hinreichend tiefe Laesion desselben ruft Ataxie hervor. Wenn das experimentelle Krankheitsbild allmählich mehr oder weniger völlig zurückgeht, so beruht dies darauf, dass ein kleineres oder grösseres Stück Kleinhirn zurückgeblieben ist, welches noch die normalen Verbindungen mit den übrigen Hirntheilen besitzt. Eine oberflächliche Verletzung des Kleinhirns verursacht stets ein Zittern des Kopfes und des Halses. Die vollständige Zerstörung veranlasst dauernde Ataxie aller willkürlichen Bewegungen, am stärksten deren des Kopfes und des Halses. Mit Hülfe seines Gesichtssinnes und seiner Intelligenz, die es in weit höherem Maasse wie unter normalen Verhältnissen zu Rathe ziehen muss, sucht das Thier die motorische Störung auszugleichen. Wird der Gesichtssinn ausgeschaltet, so verzichtet es auf alle willkürlichen Bewegungen, (siehe dieses Centralblatt 1891, pag. 546.) Die Kleinhirnverletzung hat auch Ernährungsstörungen im Gefolge, dagegen keine Aenderung der Muskelstärke oder der allgemeinen oder specifischen Sensibilität. Der Charakter der cerebellaren Atavie gleicht dem der spinalen Ataxie beim Menschen. Strauscheid.

---

49) **W. P. Scripture**. Ueber den associativen Verlauf der Vorstellungen.

Philosoph. Studien Bd. VII Heft 1.

Die vorliegende Arbeit bezweckt, ganz allgemein den Ablauf der Vorstellungen zu untersuchen. Der Verf. verzichtet dabei auf jede Zeitmessung, weil die bei dieser erforderliche bedeutende Aufmerksamkeits-

spannung den ruhigen Ablauf der Associationen störend beeinflussen muss. Dafür wird die Selbstbeobachtung ausgiebiger ausgenutzt, indem der Untersuchte jede Phase des durch den Reiz hervorgerufenen Processes möglichst genau wiedergeben musste. Der Verzicht auf die Zeitbestimmung vereinfachte ungemein die Versuchstechnik und erweiterte zugleich den Umfang der Experimente, sodass Gesichts-, Gehörs-, Tast- und Geschmackseindrücke als auslösende Momente benutzt werden könnten.

Im Gange des Vorstellungsverlaufes lassen sich vier Grundprocesse auseinanderhalten, welche Verf. gesondert betrachtet und durch Beispiele stützt. Bevor eine Vorstellung in den Associationsprocess eingreift, unterliegt sie einer Vorbereitung, indem sie alle Bewusstseinsgrade bis zur Apperception durchlaufen kann, um dann entweder ganz oder vermindert auf den Vorstellungsverlauf einzuwirken. Unter Verminderung der Vorstellung ist das Betonen eines Theiles derselben unter Vernachlässigung der übrigen Theile zu verstehen. — Die in verschiedenen Bewusstseinsgraden befindlichen Vorstellungen wirken nun entweder unmittelbar oder mittelbar auf den Vorstellungsverlauf ein. Eine geschickte Versuchsanordnung ermöglichte, die mittelbare Einwirkung der Vorstellungen experimentell nachzuweisen, wobei sich zugleich ergab, dass die Wirkung eines unbewussten oder halbbewussten Gliedes im Vorstellungsverlauf bedeutend schwächer ist, als die eines völlig bewussten. Der Grad der Reproducirbarkeit und des Bewusstwerdens des Mittelgliedes oder der „Verbindungsvorstellung“ erlaubt noch eine Menge Varianten dieses Processes zu unterscheiden. Als 3. Fundamentalprocess schildert Verf. die Hinzufügung von Vorstellungen oder Vorstellungsbestandtheilen zu einer vorhandenen. Formal ist dieser Process entweder ein einfaches Hinzufügen oder Hinzufügen mit Verminderung der Anfangsvorstellung oder endlich Verminderung derselben auf Null oder Substitution. Dem Inhalt nach kann die Hinzufügung einer Wahrnehmung zu einer Wahrnehmung (ausserordentlich selten), einer freien Vorstellung zu einer Wahrnehmung, oder einer freien Vorstellung zu einer andern beobachtet werden. Wichtig sind die Ausführungen über die Hinzufügung der Bekanntheits- und der Begriffsqualität.

Eine ganz besondere Bedeutung nehmen aber die Untersuchungen des Verf. über das „Nachwirken“ der Vorstellungen in Anspruch. Er sucht zu beweisen, dass eine Wiederkehr oder Reproduction der Vorstellungen, die bisher die Grundlage aller psychologischen Erörterungen über den Vorstellungsablauf bildete, nicht existirt. Schon von vornherein sei es undenkbar, dass der Verlauf der reproducirten Vorstellung den ganzen Verlauf der ursprünglichen Vorstellung auch nur analog sei. Freilich ist es aus naheliegenden Gründen schwer, für diese Behauptung einen zwingenden Beweis zu führen, da immer der Einwand möglich ist, dass wir niemals den ganzen Vorstellungsschatz des untersuchten Individuums kennen können. Verf. begnügt sich daher auch mit dem Nachweis, dass eine getreue Reproduction der Vorstellungen wenigstens äusserst selten sein müsse. Leicht ist es festzustellen, dass eine Wahrnehmung oder freie Vorstellung während ihres Ablaufs in Bezug auf den Bewusstseinszustand ihrer einzelnen Bestandtheile einer fortwährenden Aenderung unterliegt. Dadurch wird eine solche Mannigaltigkeit erzeugt, dass die Wiederholung desselben Ablaufs der Vorstellung

schwer denkbar ist. Daher lassen sich auch bei jeder anscheinend reproducirten Vorstellung beträchtliche Qualitätsunterschiede gegen die frühere leicht constatiren. Verf. ist in der Lage, aus seinen Experimenten Beispiele anzuführen, in welchen trotz gegentheiliger Angabe des Beobachters, die Ungleichartigkeit der Vorstellungen auf der Hand liegt. Die Ausführungen gipfeln in dem Satze: „Jede Vorstellung ist durch die Einwirkung gegenwärtiger und die Nachwirkung vieler (wenn nicht aller) früheren Bewusstseinselemente bedingt."

Zum Schluss werden noch einige Probleme untersucht, welche sich aus diesem Satze ergeben. Mit Hülfe einer sinnreichen Versuchsanordnung wird festzustellen gesucht, dass ein nicht percipirter Bestandtheil einer Gesammtvorstellung soweit nachwirken kann, dass er bei späterer Perception die ganze Vorstellung erneuert, doch erlaubt die Complicirtheit des Vorganges sowie die induviduelle Variabilität desselben nur einen gewissen Grad von Wahrscheinlichkeit. Endlich erörtert der Verf. wieweit wir berechtigt seien, von einem „Ursprung" einer Association zu reden, und kommt zum Schluss, dass diese Ausdrucksweise als zu viel präsumirend zurückzuweisen sei; wir dürfen nur von einer „Folge der Vorstellungen" sprechen.

Wir haben den Inhalt und Gedankengang der Arbeit möglichst ausführlich wiedergegeben, da dieselbe vieles Originelle und Beachtenswerthe enthält. In der einseitigen Betonung der rein formalen, äusserlichen Seite des Vorstellungsablaufs unterscheidet sie sich wesentlich von den früheren Arbeiten über dasselbe Thema. Das Hauptgewicht legt aber der Verf. auf seine Theorie des Nachwirkens der Vorstellungen. Wie weit es ihm gelungen ist, eine Reproduction der Vorstellungen unwahrscheinlich zu machen muss dahingestellt bleiben. Eine Erörterung dieser Frage würde zu weit führen und wäre wohl auch verfrüht, da Verf. eine weitere Bearbeitung derselben in Aussicht stellt. Ihre Wichtigkeit für manche Frage der Psychopathologie liegt freilich auf der Hand.

H. Dehio (Rothenberg).

---

50) **G. Dumas.** „L'association des idées dans les passions." — Revue philosophique 1891. 5.

Verf. schildert in knappen Zügen den Gang der Vorstellungen unter dem Einfluss der Leidenschaft. Von den drei Componenten der Leidenschaft, der Begierde, dem Vorstellungsinhalt, aus welchem die Begierde entstanden, und dem angenehmen oder unangenehmen Affecte brauchen nur die ersteren in den Kreis der Erörterungen gezogen zu werden. Ausgehend von den physiologischen Trieben findet Verf. in der Begierde ein negatives und ein positives Element; ersteres ist das Gefühl des Mangels oder Verlustes, letzteres das Gefühl der Behinderung des gehemmten Strebens. Eine Analyse vieler Beispiele zeigt, dass in jedem Falle ein meistentheils unbewusster Schluss dem Vorstellungsablauf die Direction gibt, freilich ein Schluss auf Grund der Aehnlichkeit. Die Begierde lässt am Object der Leidenschaft Eigenschaften entdecken, welche bei früheren Gelegenheiten dieselbe Begierde erzeugt haben und der daraus gezogene Schluss wirkt wieder auf die Begierde zurück. Nothwendig aber, und im Wesen des Schlusses begründet, ist, dass an frühere analoge Erlebnisse und Seelenvorgänge, also Begierden

angeknüpft wird. Durch das Vermögen der Begierde, immer neue Eigenschaften des Objectes oder neue Objecte in ihren Kreis zu ziehen und mit dem früheren Bewusstseinsinhalt logisch zu verknüpfen, wird die Leidenschaft zu dem Neues schaffenden Element des geistigen Lebens.

H. Dehio (Rothenberg).

---

51) **G. Noel.** „Noms et concepts." — Revue philosophique 1891. 5.

Das Wort bedeutet immer eine abstracte Vorstellung, selbst als Eigenname immer nur das Object an sich, losgelöst von sämmtlichen Beziehungen zur Aussenwelt. In dieser Abstraction liegt die Schwierigkeit für die Erklärung des Zusammenhangss zwischen Wort und Vorstellung. Die Abstraction kann weder auf dem Wege zu Stande kommen, dass durch Summation der Theilvorstellungen eine Gesammtvorstellung entsteht — daraus könnte nur eine schemenhafte Durchschnittsvorstellung entstehen, noch auf dem Wege, dass das Wort jedesmal die ganze Reihe von Einzelvorstellungen hervorruft, aus denen der Begriff entstanden ist, denn dem widerspricht die Erfahrung. Ebensowenig genügt die Theorie, dass im Geiste alle Objectbilder nach gemeinschaftlichen Characteren geordnet werden, und dadurch, dass die Aufmerksamkeit nur auf bestimmte Eigenschaften sich richtend, andere vernachlässigt, das Wort bald einer Gesammtgruppe, bald dem Einzelobject entsprechen kann.

Der Grundfehler dieser Theorien besteht darin, dass der Begriff (concept) und die Vorstellung (image) nicht genügend auseinander gehalten werden. Dem Worte entspricht nur der Begriff, niemals die Vorstellung; letztere ist ganz individuell, das directe Resultat der Perception, ersterer ist „das geistige Substitut" des Objects. Die zur Entstehung des Begriffs nothwendige Abstraction wird verständlich, wenn man berücksichtigt, dass bei der Perception ausser der Sensibilität auch motorische Functionen in Thätigkeit treten, mithin die Perception durch unseren Willen beeinflusst werden kann. Darin, dass wir Wesentliches hervorheben und Unwesentliches übersehen, liegt schon eine Abstraction. Die Verallgemeinerung kommt erst dadurch zu Stande, dass die in mehreren Einzelvorstellungen gleichen Acte als wesentliche Grundlage derselben betont werden, denen gegenüber die zufälligen Specialcharactere zurücktreten. Durch ein Eigenschaftswort wird z. B. eine bestimmte Reaction hervorgerufen, deren Bewusstwerden die Kenntniss dieser Eigenschaft bildet. Diese Reaction tritt aber immer nur als Theil einer complicirten Reaction auf, indem Vorstellungen hervorgerufen werden, welche mit dieser Eigenschaft behaftet sind. Dieselben kommen nur unbestimmt zum Bewusstsein, da die Aufmerksamkeit durch's Wort nur auf die Eigenschaft gerichtet ist. Aehnlich verhält es sich mit den Gattungsnamen, und auch das Verbum wird auf diese Weise verständlich.

Bei Zuhülfenahme des Apperceptionsbegriffes wäre es dem Autor sicher gelungen, seine Anschauungen präciser und einwandfreier zum Ausdruck zu bringen.

H. Dehio (Rothenberg).

---

52) **Stefan Bernheimer.** Ueber Sehnervenveränderung bei hochgradiger Sclerose der Gehirnarterien.

(Arch. f. Ophth. 37, 2 und 3.)

B. fand bei Sectionen von alten Leuten, die im Leben über keinerlei Sehstörung geklagt hatten, in zwei Fällen Einkerbung, Furchung und partielle Atrophie der Sehnerven in und hinter dem foramen opticum, hervorgerufen durch Druck der angelagerten sclerosirten und zum Theil aneurysmatisch ausgedehnten Hirnarterien (Carotis und Ophthalmica). Er glaubt, dass schleichende Sehnervenatrophieen alter Leute öfter in dergleichen Gefässveränderungen ihren Grund haben. Jede Behandlung würde dann natürlich erfolglos sein. Heddaeus (Essen).

---

53) **A. Friis** (Kopenhagen). Bidrag til Kundskaben om den Thomsenske Sygdom. (Myotonia congenita). — Hospitalstidende 1891 p. 1289.

1) Mann von 39 Jahren. Keine Disposition; Pat. hat, solange er denken kann, an der Krankheit gelitten. Behinderung der Beweglichkeit aller willkürlichen Muskeln. Am schlimmsten bei Kälte, weniger bei Wärme durch Ueberanstrengung vermehrt. Die Muskeln der unteren Extremitäten sind sehr stark entwickelt, die Arme dünn, sind aber früher voller gewesen. Die Sprache dick und breiig. Ausgesprochene Myotonie bei Bewegung der Gesichts-, Rumpf- und Extremitätenmuskeln. Kaubewegungen zeitweise erschwert, das Schlucken jedoch unbehindert. Patellarreflexe schwach, Hautreflexe normal. Mechanische Muskelirritabilität stark erhöht. Durch den faradischen Strom hervorgerufene Contractionen blieben noch lange nach dem Aufhören der Reizung bestehen. Erb's wellenförmige, rhytmische Contraction wurde nicht beobachtet, nur an einzelnen Stellen, bei Anwendung starker Ströme ein Zittern in den tonisch contrahirten Muskeln. Die electrische und mechanische Nervenerregbarkeit nicht erhöht. Psyche normal.

2. Sohn von Nr. 1, 10 Jahre alt. Schon gleich nach der Geburt zeigten sich Schwierigkeiten bei den Saugbewegungen. Später entwickelten sich dieselben Symptome wie bei dem Vater. Ausgesprochene Myotonie der Muskeln, die deutlich hypertrophisch sind, fest anzufühlen, mit gesteigerter mechanischer Irritabilität. Electrische Irritabilität wie oben. Patellarreflexe konnten wegen Muskelspannung nicht hervorgerufen werden; Hautreflexe normal.

3. Sohn von Nr. 1. Von Geburt an bestand keuchende Athmung, Schwierigkeit beim Oeffnen der Augen und Bewegen der Gesichtszüge, Hinderung bei Ausstreckung der Extremitäten u. s. w. Keine Hemmung, beim Versuch, die Stellung der Extremitäten zu verändern; die Muskeln hypertrophisch, im Ruhezustande schlaff; Patellarreflexe lebhaft; mechanische Irritabilität nicht nennenswerth gesteigert; electrische Erregbarkeit normal.

Muskelparthien der Patienten gelangten nicht zur Untersuchung.

Koch (Kopenhagen).

54) **C. Delprat** (Amsterdam). Over Thomsen'sche ziekte (Myotonia congenita) en verwante toestanden. (Thomsen'sche Krankheit und verwandte Zustände.)

(Med. Tijdschrift v. Geneeskunde 1891. II. Nr. 17.)

Der Aufsatz schildert zunächst 2 Fälle Thomsen'scher Krankheit bei Individuen gemeinsamer Descendenz, bei denen zugleich eine andere familiäre Bewegungsstörung, ein eigenartiger Krampf besteht: dieser Krampf ist ein Zustand „vorübergehender Starre, worin die Muskeln des Gesichts, der Arme und gelegentlich auch der Beine gerathen, unter dem Einfluss der Kälte, vor allem von kaltem Nebel, schneidendem Nordwind, und auch wohl bei schwülem Wetter, die Kranken können dann selbst ganz einfache Muskelarbeit nicht verrichten.“ Der Krampf ist ein von Willensimpulsen ganz unabhängiger, 2, 3, ja bis 24 Stunden andauernder Zuztand, Augen und Mund werden dabei zusammengekniffen, die Zunge ist steif; im Winter stehen die Finger oft stundenlang halbgebeugt, erst in der Wärme kann der Kranke die Hand ganz öffnen oder schliessen. D. betont die anscheinende Gleichheit dieses Zustands mit den „klammen Fingern“, wie sie so häufig in kalter Luft auftreten. Der Zustand scheint identisch zu sein mit Eulenburg's „congenitaler Paramyotonie“ (Neurol. Centralblatt 1886. Nr. 12), D. fasst denselben als eine ungewöhnliche Empfindlichkeit der Muskeln gegen Kälte auf, die ein leichteres Auftreten der Klammheit bedingt.

Dieser Krampf ist in 4 Generationen der Familie nachweisbar, und stammt von der zweimal verheiratheten Urgrossmutter der jetzigen Generation, einige Kinder dieser Frau blieben frei davon, wie auch deren gesammte Descendenz. Ueberspringen einer Generation fehlte. Von 57 Individuen der jetzt lebenden Generation haben 24 den Krampf, davon haben 2, die Enkel einer Tochter erster Ehe der Urgrossmutter, Thomsen'sche Krankheit.

Diese Krankheit tritt hier mit dem wohlbekannten Symptomencomplex auf; die elektr. Verhältnisse entsprachen Erbs my R., was im Original ausführlich belegt ist; nur der eine Fall zeigt, und nur im vastus internus, die rhytmisch wellenförmige Contraction bei stabiler Stromeinwirkung.

Nur in zwei Erscheinungen gehen die Fälle über das bekannte Syndrom hinaus; in der — für sich bestehenden Klammheit, und in einer bei beiden deutlichen absoluten Kürze der Fingerflexoren, die bei vollkommener Erschlaffung nicht lang genug sind, eine Streckung der Finger bei Hyperextension der Hand zu gestatten, weder activ noch passiv, sodass bei gewöhnlicher Ruhestellung der Hand mit gestrecktem Finger der Handrücken mit dem Vorderarm einen Winkel von 140—150 ⁰ macht.

Hieran schliesst D. einen Fall von „Intentions-Krampf“, bei dem einzelne Muskeln unter Kälteeinwirkung myotonoide Störungen zeigen, bei erhöhter mechanischer und galvanischer Erregbarkeit; 2 Nichten der Patientin leiden an essentieller Kinderlähmung, ihr Vater und dessen Bruder an progressiver Muskeldystrophie; sie selbst, 11 Jahre alt, hat bronced skin, ist träge und in der Schule zurück; die Kranke kann die einmal geschlossenen Fäuste nur mühsam öffnen, nachdem dieselben trotz des Streckimpulses mehrere Secunden lang geschlossen geblieben sind. Zugleich ist die Muskel-Erregbarkeit (nicht die Nerven-E.) verändert: schon bei geringer Stromstärke Tetanus auf Ka. D. und An. D. Kurella.

55) **S. Danillo** (Petersburg). K utschenija o Miotonji. (Zur Lehre v. d. Myotonie.)

(Wratsch 1891. Nr. 20.)

Die Arbeit besteht wesentlich in der Discussion von Myogrammen des rechten Biceps, die einmal erhalten wurden durch Volta'sche Alternative, verlängerten Inductions-Tetanus und willkürliche Contractionen bis zu voller Erschöpfung bei belasteter vola manus, und in anderen Versuchsreihen gewonnen wurden nach vollkommenem Ausruhen und nach Genuss von heissem Thee. Versuchsperson war ein 67jähriger Myotonicus aus einer in drei Generationen myotonischen Familie. Mit Rücksicht auf die Mosso'sche Feststellung einer im Sinne der Ermüdung auftretenden Aenderung des Myogramms nach geistiger Arbeit bei voller Muskelruhe ist es interessant, dass D.'s Myogramm 7 keinen myotonischen, sondern einen ganz normalen Typus hat, er ist von dem Kranken geliefert nach Genuss von 2 Glas heissem Thee. Es zeigt sich also nach D. ein erheblicher Einfluss centraler Nervenprocesse auf das Myogramm des Myotonikers, während alle localen Nerven- und Muskelreize und sonstigen localen Versuchsbedingungen den Typus desselben unverändert liessen. Zur weiteren Klärung dieser Verhältnisse suchte D. Bedingungen zu finden, die ein Myogramm unter Ausschaltung des Willensimpulses und ohne die Heranziehung künstlicher Reizung gewinnen lassen, er glaubt diese Bedingungen erfüllt bei in der Hypnose suggerirten, und somit automatischen Handlungen. Es zeigte sich, dass sich nach Suggerirung rythmischer Contractionen des Biceps dessen Myogramm durch Verbalsuggestion dem myotonischen ähnlich machen lässt, ohne Irradiirung dieser Erschwerung auf andere Muskelgebiete. D. schliesst aus der so bewiesenen Möglichkeit centraler Muskelhemmung, die Myotonie wäre ein Symptom der Erschwerung intercentraler Reflexe, er sieht diese Annahme bestätigt durch den Nachweis intermittirender Myotonie. Kurella.

---

56) **P. J. Möbius** (Leipzig): Ueber Akinesia algera.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. Erster Band. 1. und 2. Heft 1891.)

Unter Akinesia algera (*ἀλγηροσ* schmerzvoll) versteht der Verf. ein Krankheitsbild, welches sich darstellt als eine wegen Schmerzhaftigkeit der Bewegungen gewollte Bewegungslosigkeit, ohne greifbare Unterlage des Schmerzes. Zwei ausführlich mitgetheilte Fälle haben ihn zur Aufstellung dieser Krankheitsform veranlasst. Der erste Kranke war ein 33 jähriger Gymnasiallehrer K., die zweite eine 43 jährige Musiklehrerin. Beide sind erblich belastet, beide zeigen sich schon vor der Krankheit als dégénérés beide erkranken nach geistiger Ueberreizung. Die Akinesia algera entwickelt sich in beiden Fällen allmählich in Verbindung mit den Symptomen der Neurasthenie; im zweiten zeigen sich früh auch hysterische Züge: so die nach Gemüthsbewegungen auftretenden „Schüttelkrämpfe" und Zuckungen, welche von dem ersten behandelnden Arzte (Bärwinkel) beobachtet wurden. Der ersten Krankheitsperiode dieses zweiten Falles waren Contractionen der Hände eigenthümlich, die in der späteren vom Verf. beobachteten Zeit entschieden nicht vorhanden waren. Dem Kranken K. eigenthümlich erscheinen die Steigerung der Sehnenreflexe und der Schwund der kleinen Handmuskeln, welch' beide Symptome vielleicht hysterischer Natur

waren, denn auch ein gewisser Grad von Muskelschwund gehört nach den Beobachtungen Charcots und seiner Schüler zu den hysterischen Symptomen. Sehr hartnäckig erwies sich das betreffende Leiden bei beiden Kranken und jeder Versuch, Zwang anzuwenden, als ausserordentlich schädlich. Der 1. Fall ist noch nicht abgeschlossen, der 2. hat zu einem vorläufigen Abschluss durch die Entwicklung einer eigentlichen Psychose geführt. Die Erklärung der Affection macht Schwierigkeiten. Jedenfalls haben wir es nicht mit einer organischen Erkrankung, sondern mit einer functionellen, d. h. psychisch vermittelten Störung zu thun. Das ganze Colorit des Krankheitsbildes spricht für eine Psychose. Man kann sowohl für die hypochondrische als auch für die hysterische Natur der Störung Gründe beibringen. Die Schmerzen sind wohl in erster Linie als hysterische aufzufassen, aber trotzdem ist die Akinesia algera nicht als reine Hysterie zu bezeichnen, denn es mischen sich bei dieser Krankheit neurasthenische und hypochondrische mit den hysterischen Erscheinungen.

Einen der in Rede stehenden Krankheit sehr nahestehenden Zustand hat W. Neftel im Jahre 1883 als Atremie (τρεχειν laufen) beschrieben. Unterschiede zwischen dieser Form und der Akinesia algera bestehen darin, dass bei Atremie nur Gehen, Stehen, Sitzen unmöglich sind, bei der Akinesie aber alle Bewegungen der Glieder aufhören, so dass der Kranke fast ganz unbeweglich wird. Ferner ruft die Akinesia algera Schmerzen in den bewegten Theilen hervor, die Atremie durch Gehen und Stehen und Störungen des Allgemeinbefindens und Paraesthesien im Kopf und Rücken. Die Prognose scheint sehr ungünstig zu sein. Bei der Behandlung wird vor jedem activen Vorgehen gewarnt und soll dem Wunsche des Kranken nach Ruhe Rechnung getragen werden. Durch hypnotische Suggestion hat Verf. bei seinen beiden Kranken nichts erreicht, immerhin glaubt er, dass bei gegebener Gelegenheit neue diesbezügliche Versuche gerechtfertigt sein dürften.

Goldstein (Aachen).

---

57) **A. L. Hall** (Fair Haven, N. Y,): „Sensory Derangements following intracerebral injuries.“ (Sensibl. Störungen nach intracerebralen Läsionen).

The med. Record 11. April 1891.

Verf. setzt kurz, aber deutlich auseinander, wohin bei den nach Traumen auftretenden Sensibilitätsstörungen die Läsion zu verlegen sei, hebt hervor, dass das Studium der durch Hirntraumen entstandenen motorischen Veränderungen dem der gewöhnlich gleichzeitig vorhandenen sensibelen und oft auch psychischen Störungen weit vorausgerückt sei, berichtet 3 einschlägige Fälle und schliesst seine Arbeit mit folgenden Sätzen:

1) Sensible Störungen der Haut und der höheren Sinnesorgane treten nach Hirntraumen allein oder in Verbindung mit motorischen auf.
2) Die nur sensible Störungen hervorrufenden Hirnläsionen sind ziemlich ebenso schwer, als diejenigen, welche nur motorische erzeugen.
3) Die Gegenwart einer Art der sensibelen Anästhesie zeigt an, dass auch die andern vorhanden sind.
4) Die am häufigsten in Gemeinschaft vorkommenden sensibelen Störungen sind die des Haut- und Gesichtssinnes.

5) Amblyopie ist die gewöhnlichste visuelle Störung, hat vorzugsweise den gekreuzten Typus, kann jedoch auch auf der Läsionsseite vorkommen.
6) Eine Anästhesie ist von eben so langer Dauer als die Parese.
7) Hyperästhesien haben am häufigsten locale Ursachen, Anästhesien centrale.
8) Psychische Störungen im Gefolge von sensibelen sind nur wenig leichter, als die mit Paresen auftretenden.
9) Neurasthenie ist im Allgemeinen ein beständiger Begleiter des Trauma's, welches sensible Störungen setzt.
10) Die Prognose ist gut in den mildern Formen sensibler Störung, schlecht in denjenigen Fällen, in welchen die verschiedenen Formen der Anästhesie vorhanden sind; Besserung ist nicht ungewöhnlich, Heilung dagegen selten.

Voigt (Oeynhausen).

---

58) **E. Fischer** (Dortmund). Gesichtsfeld-Einengung bei traumatischer Neurose. (Arch. f. Augenheilk. S. 24, 2.)

Zwei Fälle, beide nach Eisenbahnzusammenstoss. Im ersten, prägnanteren, allseitige Gesichtsfeldseinengung bis auf 40 (bis 30) ^{0}. Dabei Schlaflosigkeit, Kopfdruck, Schwindel, Depression; Gefühl von Druck in den Augen, schnelles Ermüden derselben; Gedächtnissschwäche, herabgesetzte Sensibilität der Kopfhaut, Ataxie. Uhthoff fand noch „eine ganz abnorm lebhafte Pupillarreaction". — Simulation ausgeschlossen.

Heddaeus (Essen).

---

59) **T. D. Crothers**: Some early psychical symptoms of traumatic brain injuries.

(The journal of nervous and mental disease. August 1891.)

Verf. weist darauf hin, wie häufig die Sucht, Alkohol, Opium oder andere Narkotika zu geniessen fälschlich auf mangelnde Moral zurückgeführt wird, trotzdem sie nur ein Symptom irgend einer Gehirnerkrankung ist. Drei Klassen von Erkrankungen kann man unterscheiden, bei welchen jenes Symptom auftritt. Einmal hat in einer Reihe von Fällen irgend eine Art von Verletzung stattgefunden; hierhin gehören Sonnenstich, Schlag auf den Kopf oder irgend eine schwere Verletzung wie auch eine schwere aufreibende Krankheit. Es tritt darnach Heilung ein, doch zugleich zeigt sich eine Aenderung des Temperaments, des Charakters, der Gefühle, Dann wird getrunken oder Opium etc. gebraucht, wodurch andere stark in die Augen springende Symptome hervorgerufen werden; in Folge dessen wird nunmehr alles nur auf jene Intoxication zurückgeführt und eine primäre Ursache oft ganz übersehen. In einer anderen Reihe von Fällen schliesst sich der Alkohol- und Opiummissbrauch an ein psychisches Trauma an (Angst, Furcht, Trauer, fehlgeschlagene Speculation). Hierdurch wird eine Hirnlähmung. eine plötzliche Perversion der Hirnfunction und Hirnthätigkeit hervorgerufen, die sich nach aussen kundgiebt, eben durch jenen Missbrauch. In anderen Fällen ist der Alkoholgenuss ein Symptom von Erschöpfung und allgemeiner Hirnschwäche. In der Mehrzahl der Fälle haben nur die Hausärzte die Gelegenheit, die genauen Ursachen und die Entstehungsweise der genannten krankhaften Neigungen zu beobachten. Leider wird diesem Gegenstande

seitens der Hausärzte nur selten die nöthige Beachtung geschenkt, trotzdem grade hier von wissenschaftlicher berufener Seite der Hebel eingesetzt werden müsste zur Lösung eines grossen Theils der Trunksuchtsfrage, die auch speciell in Amerika leider von eminentester Tragweite ist, in Folge der ungeheuren Verbreitung der Trunksucht. Strauscheid,

60) **Bouvoret** (Lyon): Neurasthenia.

(The journal of nervous and mental disease. August 1891.)

Eine kurze, gute Schilderung der Symptomatologie und Therapie der verschiedenen Formen der Neurasthenie. Nichts neues.

Strauscheid.

61) Dr. **Umberto Stefani.** Contributo allo studio dell' ansia nevrastenica e dei fenomeni che l'accompagnano.

(Clinica Psich. della Univ. di Padova. Reggio nell' Emilia 1891.)

43 jährige Bäuerin von stets reizbarem Character erkrankte vor drei Jahren nach einer Gemüthserregung an einem allgemeinen Zittergefühl; ein Jahr später nach einem ähnlichen Anlass an Paraesthesien, die sich besonders als eine knisternde Empfindung im Kopf und ein Bewegungsgefühl in der Brust darstellten. Gleichzeitig mit diesen Sensationen tritt Angstgefühl auf. Bald darauf starb die Schwiegermutter der Pat. in den Armen der letzteren. Von da ab wurden die Angstzustände stärker und traten bei jedem Geräusch, bei dem geringsten Anlass auf. Eine Dakryocystitis trat auf, wurde im Spital behandelt, wo die Kranke durch ihr Wesen auffiel. Nach Hause zurückgekehrt, erschien beim Betreten des Sterbezimmers der Schwiegermutter diese in voller Deutlichkeit. Pat. war sich des Krankhaften dieser Gesichtstäuschung bewusst, gerieth aber in die höchste Angst und ihr Zustand verschlimmerte sich sehr. Bei jedem Anlass traten Erscheinungen von Todten in voller Plasticität auf, sowie von früher gesehenen Personen, Thieren etc. Besonders in der jüngsten Zeit gesehene, auffällige Gestalten erschienen ihr wieder. Sobald die oben erwähnten im Körper herumvagirenden Paraesthesien den Kopf ergriffen, trat eine Gesichtserscheinung auf. Gleichzeitig mit dieser Störung war die Kranke auch von Gehörstäuschungen geplagt, die von äusserster Deutlichkeit waren. Hörte oder sprach die Kr. einige Worte, so hörte sie dieselben in ihrer Brust oder in der Kehle wiederholen, nachdem ein Oppressionsgefühl auf der Brust vorhergegangen war. Aus Angst, den Sinnestäuschungen zu unterliegen, verbat sich die Kr. bei ihren Angehörigen gewisse Bewegungen und Worte, von denen sie annahm, dass sie ihr als bewusste Hallucinationen wiedererscheinen würden. Aus demselben Grunde stellte sich auch eine stark ausgesprochene Berührungsfurcht ein, wie dies aus den eigenen Angaben der Kr. hervorgeht. Wahnideen irgend welcher Art bestanden nie. Ihre Arbeiten konnte die Kr. nicht mehr ordentlich besorgen, obwohl sie sich selbst oft dazu zwang. Einige Monate später trat zu dem schon so sehr verwickelten Krankheitsbilde noch ein beständiger Zustand von Zweifeln und Zaudern. Sie erklärte dies mit den Worten: „Es scheint mir unmöglich, während meines Angstzustandes etwas richtig zu thun." Oft traten ihr die Bilder, der von ihr in Zweifel gezogenen Arbeiten als Gesichtstäuschungen vor die Augen.

Die Angst und Reizbarkeit der Kr. ward schliesslich so gross, dass sie in die Klinik gebracht wurde. Der Schlaf war stets genügend; der Ernährungszustand im Sinken begriffen.

Keine bemerkenswerthen somatischen Anomalien, ausser einer abnormen vasomotorischen Erregbarkeit. Nach zweimonatlichem Aufenthalt in der Klinik waren die Paraesthesien, die Angst und die Sinnestäuschungen verschwunden, doch war die Furcht, diesen Plagen wieder zu verfallen, so gross, dass die Kr. bis zuletzt noch das Berühren von Gegenständen öfters scheute. Sie ward in diesem Zustande entlassen. Dr. Feist.

62) **G. R. Trowbridge and C. B. Mayberry** (Danville, Pa.): Status epilepticus.

(The journal of nervous and mental disease. July 1891.)

Die Verf. geben zunächst eine kurze, gute Schilderung des bekannten Symptomencomplexes, der unter dem Namen status epilepticus zusammengefasst wird; derselbe wird durch zwölf eigene Erfahrungen der Verf. kurz illustrirt. Von im Ganzen 20 Fällen, die die Verf. beobachteten, kamen 4 zur Autopsie. Es wurde dabei gefunden: mangelnde Symmetrie beider Hemisphären und Gewichtsdifferenz derselben, mehr oder weniger starke Decortication, beträchtliche Anschoppung des Gehirns und seiner Hüllen, Serumansammlung in den Ventrikeln und im Arachnoidalraume. In einem Falle bestand eine Erweichung der ersten und zweiten Temporosphenoidalwindung, in einem anderen eine grosse Hämorrhagie im Gebiete der mittleren Cerebralarterie, in einem dritten eine kleine Hämorrhagie der medulla oblongata. Eine directe Ursache für das Auftreten des status epilepticus wurde in keinem Falle gefunden. Der Tod kann eintreten in Folge von 1. Erschöpfung, 2. Hirnhämorrhagie (obige 2 Fälle), 3. serösem Erguss. Die Therapie sucht zunächst die Krampfanfälle zum Aufhören zu bringen. Dies vermag eine Injection von 2 gr Chloralhydrat in's Rectum (dieselbe Dosis, wenn nöthig, wiederholt nach einer Stunde) in einigen Fällen, in der Mehrzahl lässt es im Stiche. Hyoscinum hydrobromicum subcutan injicirt schaffte für mehrere Stunden Ruhe, doch traten nachher immer wieder Convulsionen auf. Bei Weitem den besten Erfolg hatte Coniinum hydrobromicum 0,0006—0,0015 subcutan angewandt (wenn nöthig wiederholt) in Verbindung mit Morphium. Wird die Respiration durch Coniin beeinträchtigt, so gebe man als stimulans Atropin, Hyoscin oder Digitalin. Coniin half da, wo alle anderen Mittel im Stiche gelassen hatten. Zahlreiche andere versuchte Medicamente blieben erfolglos. Im comatösen Stadium leite man künstliche Ernährung ein und gebe als Stimulantien Atropin, Digitalin, Chinin. Strauscheid.

63) Dr. **Fornario Giuseppe.** Nuovo contributo allo studio dell' atetosi.

(La Psichiatria t. VIII, fasc. 1 und 2.)

Verf. hat an einer Kranken mit completer Hemiathetosis der linken Seite (auch des Gesichts) die Muskelcurven an den betroffenen Gliedern, sowie die Zuckungscurven bei faradischer Reizung aufgenommen. Die Untersuchung mit dem galvanischen Strom konnte aus äusseren Gründen nicht genau vorgenommen werden; sie ergab erhöhte Muskelerregbarkeit. Der

Verf. kommt zu folgenden Schlüssen: Der Muskeltonus ist bei athetotischer Störung bedeutend erhöht. Diese Veränderung nähert die Form der athetotischen Contraction immer mehr der Contractur und darum stellt sie eine andersartige und schwere Störung dar als die choreatische Bewegung. Es besteht Zusammenhanglosigkeit in der Synergie der Contractionen der gröberen und feineren Muskelbündel und Veränderlichkeit in der Intensität der Muskeltonusstörung. Dies geht besonders aus dem fortwährend wechselnden Bild der faradischen Reaction hervor. Mit einiger Wahrscheinlichkeit kann durch die spontan auftretenden unregelmässigen Bewegungen, welche den alterirten Muskeltonus beeinflussen, die Veränderlichkeit der faradischen Reaction erklärt werden.

Eine Tafel mit Photographien von den verschiedenen Phasen der athetotischen Bewegungen und 2 weitere Tafeln mit Muskelcurven sind der interessanten Arbeit beigegeben. Dr. Feist.

---

64) **O. Torstenson** (Mösseberg). Nagra etiologiska och terapeutiska iakttagelser ved bronkialastma. (Einige ätiologische und therapeutische Beobachtungen bei Bronchialasthma.)

(Eira 1891, Nr. 18. S. 579.)

Der Vortrag wurde bei der fünften allgemeinen schwedischen Aerzteversammlung in Stockholm gehalten, er handelt zuerst von den gewöhnlichen Anschauungen über die Aetiologie des Asthmas, ferner von den Resultaten von T.'s eigenen Untersuchungen an 400 Fällen. In einigen Fällen wirkte eine kräftigende, abhärtende Behandlung der Haut durch Bäder günstig, in den meisten Fällen jedoch nicht. Von ebensowenig Erfolg zeigte sich nach T. die energische Kauterisation der Concha infima (Hack), dagegen gelang es ihm in allen 400 Fällen eine Schwellung der Schleimhaut der Concha superior nachzuweisen, und durch Kauterisation derselben mit dem Galvanokauter oder mit Chromsäure vollständige Heilung oder doch bedeutende Besserung hervorzurufen. Indem er durch Einlegen eines Wattetampons zwischen die Concha sup. und das Septum einen Druck auf den oberen Theil des letzteren ausübte, gelang es dem Verf. bei einem Patienten mit chronischem Nasenkatarrh, aber mit freiem Zwischenraum zwischen den genannten Organen, einen Asthmaanfall hervorzurufen. T. glaubt deshalb dass das Leiden, wenn auch nicht immer, so doch in den meisten Fällen durch den Druck verursacht wird, den die ebenerwähnte Geschwulst auf die Nervenzweige des vorderen Theils der Nase, die durch das Ganglion sphenopalatium mit dem Vagus anastomosiren, ausübt. T. hat auch mehrere Fälle von einseitigem Asthma beobachtet, wo die Concha nur auf der einen Seite geschwollen war, und wo Bronchialspasmus und Exsudation nur in der entsprechenden Lunge vorhanden, die andre dagegen frei davon war.

Koch (Kopenhagen).

---

65) Dr. **A. Borgherini.** Della emiatrofia facciale progressiva. Contribuzione clinica. (La Psichiatria 1890, fasc. 3 u. 4.)

63 jähr. Mann erkrankte nach einer Thränenfisteloperation an Schmerzen um die rechte Orbita mit Formicationsgefühl an dieser Region und dem rechten Nasenflügel, clonischen Zuckungen im rechtsseitigen Gebiet der Stirn,

der Periorbita und des Gesichts. Abnahme des Volumens der Weichtheile in diesen Parthien. Am rechten Auge trübt sich die Cornea. Verf. hatte Gelegenheit, den Kranken mehrere Jahre zu beobachten und genau zu untersuchen.

Besonders ist im späteren Verlauf der Krankheit ausser der sich entwickelnden Anaesthesie der Haut auf einem Theil der rechten Gesichtshälfte, der rechtsseitigen Ptosis, der Atrophie und fast völligen Immobilität des rechten Augapfels das Uebergreifen des krankhaften Processes auf die linke mittlere Gesichtshälfte.

Verf. konnte constatiren, dass die krankhaften Veränderungen von der Oberfläche aus in die Tiefe sich entwickeln; das Gesichtsskelett ist nicht ergriffen.

Verf. ist der Ansicht, dass in seinem Falle die Krankheit in einer degenerativen Veränderung der letzten Verzweigungen des Trigeminus besteht, die von einem umschriebenen Punkte der Peripherie ausgeht und sich excentrisch in den zahlreichen Anastomosen dieses Nerven verbreitet. Jedoch soll diese periphere Nervendegeneration unter einem gewissen centralen Einfluss stehen.

Zur Erklärung der anderen in der Literatur beschriebenen Fälle muss die angioneurotische (sympathische) oder die trophoneuartische Theorie (Mendel, Homèn) herangezogen werden. Es ist hier nicht möglich, auf die Details der genauen Krankengeschichte, sowie auf die Kritik der verschiedenen Theorien und anatomischen Befunde näher einzugehen, deren Lectüre im Original sehr zu empfehlen ist. Dr. Feist.

---

66) **T. C. Railton** (Manchester). Case of Hysteria in a child six years of age following influenza. (Hysterie bei einem 6jährigen Mädchen nach Influenza.)

(The Lancet. 10. Oct. 1891, pg. 809.)

Mary T., 6 Jahre alt, aufgenommen im Spital am 4. Juni 1891; ohne hereditäre Belastung; 3 Geschwister 4, 7, 10 Jahr alt; 1 starb an Zahnkrämpfen. Pat. ist ohne Kunsthülfe geboren, zahnte früh; konnte vor Ablauf des 1. Jahres gehen; immer gute Gesundheit, obgleich nicht kräftig; geistig früh entwickelt; gilt als das intelligenteste Kind der Familie. Mitte Mai Vater Influenza, dann die übrigen Kinder und die Mutter. Mary war schwerer erkrankt als die übrigen; sie soll 10 Tage bewusstlos gewesen sein. Nach der Krankheit geht die Reconvalescenz langsam vor sich; Pat. kann im Bett aufsitzen, hat aber seit Beginn der Krankheit Gehen und Sprechen verlernt.

Status: Apathisch, aber völlig bei Bewusstsein. Blickt verstohlen mit den Augen umher; bei geschlossenen Lidern besteht fortwährender Blepharospasmus. Spielt nicht mit der Puppe. Untersuchung gibt negatives Resultat. Zu beachten ist: Pupillen weit, reagiren auf Licht. Alle Muskeln reagiren electrisch normal. Streckt sie die rechte Hand aus, so entstehen clanische Zuckungen in ihr; linke Hand ähnlich, doch geringer. Spricht niemals, wimmert aber den ganzen Tag. Am 8. Juni im Bett aufgesetzt, bewegt sie den Kopf langsam von rechts nach links, wie ein Blödsinniger; scheint wenig Notiz von allem zu nehmen. Muss gefüttert werden. Ver-

steht alles, was man ihr sagt. Gehversuche vergeblich. Sie ist völlig unempfindlich gegen Nadelstiche an irgend einem Theil des Kopfes, Rumpfes oder der Glieder, selbst Stiche unter die Fingernägel und Zehennägel empfindet sie nicht. Ausser Bett unter den Armen in die Höhe gehoben, hält sie die Beine rechtwinklig zum Rumpf, bis sie vor Erschöpfung herunterfallen. Wenn sie so behandelt ist, kann sie mit geringer Unterstützung stehen. — Durch Behandlung im Spital mit Duschen und farad. Strom wird sie in zwei Monaten geheilt.

Ralf Wichmann (Braunschweig).

---

67) Prof. **Rieger** (Würzburg). Beschreibung der Intelligenzstörungen in Folge einer Hirnverletzung. Stahel-Würzburg 1890.

Es liegt hier ein sehr complicierter Fall von Inteligenz und Sprachstörung vor, welcher der völligen Erklärung im Sinne der Localisationtheorien grosse Schwierigkeiten entgegensetzt. Es handelt sich um einen Mann, (Seybold) welcher bei dem Faulenberg-Unfall eine Gehirnverletzung erlitt. Rieger hat die Frage des topischen Diagnostik und das Verhältniss seiner Beobachtungen zu den Localisationstheorien in diesem Buche fast ganz bei Seite treten lassen, so dass die Arbeit ausdem Rahmen der gewohnten Darstellungen herausfällt. Um so reicher ist dieselbe an einfachen Constatirungen von psychologischen Thatsachen, welche wohl erst nach einer Reihe von weiteren Beobachtungen für einen Erklärungsversuch reif sein werden.

Vor allem sind die völlig isolierten Lücken, welche der Kranke in seinem geistigen Bestande bot von Bedeutung. Der Name „partielle Seelenblindheit“ würde das Sonderbare des Befundes nur verhüllen.

Zunächst fehlte dem Patienten völlig das Verständniss für bestimmte ihm vorgelegte Buchstabenbilder. Von den kleinen Buchstaben in deutscher Schrift fehlte ihm das Verständniss für p, x und y, von den lateinischen kleinen Buchstaben fehlte ihm das Verständiss für q, x, y, ferner d, h, k, v. Von den grossen Buchstaben gleichgültig ob sie deutsch oder lateinisch geschrieben oder gedruckt waren, fehlten 14, nämlich B., E., F., H., K., M., N., P., R., T., V., W., X , Y. Von den Diphtongen hat er das Verständniss für die Zeichen ä, ö, ü verloren, während er die Buchstaben a, o und u gut lesen kann. Man wird durch diese Thatsachen gedrängt anzunehmen, dass das Centrum der Buchstabenbilder kein einheitliches Organ ist, sondern, dass jeder Buchstabe seine besondere Localisation hat. Wer vor diesen letzten Consequenzen der Localisationstheorien nicht zurückschreckt, wird in den beobachteten Thatsachen reichen Stoff für Hypothesen finden.

Von Zahlzeichen erkennt er nur 0, 1, 2, 3, alle anderen sind ihm absolut fremd.

Noch mehr compliciert werden diese Verhältnisse durch die Thatsache, dass der Mann zum Auffinden des Wortes, „drei“ beim Ansehen der Ziffer „drei“ eine längere Zeit braucht als zum Auffinden des Wortes „eins“ zu Ziffer „eins“. Es genügte also nicht die Annahme, dass die Leitungsbahnen von den Zellen für die Ziffern 1, 2, 3 zu den entsprechenden Theilen des acustischen Centrums allein erhalten seien, sondern man müsste auch noch wach-

sende Leitungswiderstände in den Bahnen, welche von den materiellen Sitzen von 1, 2, 3 ausgehen, postulieren. Auch die Identifikation mit dem vorgesprochenen Zahlwort trat bei Anblick der Ziffer 3 später ein als bei dem Anblick der Ziffer 1.

Noch verwickelter wird die Frage, wenn man die Wortfindung des Mannes beim Hinschreiben von Brüchen in Betracht zieht.

Er kann nur Brüche ablesen, welche im Bereiche der Zahlen von 1—3 liegen. Man könnte sich in diesem Falle denken, dass zuerst der Name des Zählers und dann der Name des Nenners gefunden würde. Dahingehen heisst es ausdrücklich bei Rieger: „Sehr zu betonen ist dabei auch hier, dass der Kranke nie zuerst den Zähler ausspricht und dann erst den Nenner sucht, sondern, dass die Aussprache der ganzen Bruchzahl immer auf einmal fertig herausspringt.“ Es scheint demnach, dass es keineswegs im Sinne der Localisation geistiger Elementarbestandtheile erlaubt ist, psychologisch den Begriff einen Bruch aus den beiden Theilzahlen zusammengesetzt sein zu lassen, sondern dass die Brüche geistige Bestandtheile für sich sind, welche consequenterweise auch eine besondere Localisation verlangen. Es zeigt sich also hier ganz deutlich, dass man bei zunehmender Genauigkeit der Beobachtungen zu immer weiteren Postulaten in Bezug auf die Localisation gedrängt wird.

Das Buchstabenlautcentrum und das Sprachbewegungscentrum sind trotz der isolierten Lücken des Buchstabenverständnisses intact, denn Seybold kann Buchstabenlaute, derén zugehörige Bilder ihm absolut fremd geworden sind, ganz gut nachsprechen z. B. das Wort „Luitpold“, während ein geschriebenes kleines p ihm absolut fremd geworden ist. Dahingegen ist er nicht im Stande die bezeichneten Buchstaben, wenn sie ihm vorgesprochen werden auf Befehl nachzuschreiben, es fehlen ihm also die Schreibbewegungsvorstellungen dafür bei erhaltenen Buchstabenlauten.

Hier müsste man also wieder ganz isolierte dem Buchstabenbildcentrum entsprechende Defecte im Schreibbewegungscentrum postulieren oder man müsste von den Buchstabenlauten aus über die isolierten Zellen des Buchstabenbildcentrums Leitungen zu den einzelnen Innervationsempfindungen laufen lassen, und müsste eine ganz bestimmte Anzahl dieser Bahnen im Buchstabenbildcentrum unterbrochen sein lassen.

Ganz isolierte so zu sagen celluläre Defecte musste man im Sinne der Localisationsschemata bei dem Kranken auch im Centrum der Bewegungsvorstellungen annehmen. Der Kranke kann richtig nachsprechen, kann selbst die schwierigsten Buchstabenlaute aus anderen Sprachen richtig nachahmen, ist aber nicht im Stande einen einzigen Ton richtig nachzupfeifen oder nachzusingen, während die Fähigkeit überhaupt zu pfeifen und zu singen völlig intact ist. Dabei zeigte sich, dass sein acustisches Centrum in dieser Beziehung vollkommen in Ordnung ist. Der Kranke konnte Intervalle völlig richtig beurtheilen und sich darüber verständlich machen, war aber nicht im Stande einen einzigen Ton richtig nachzupfeifen. Rieger bemerkt hierzu nur, dass es mit Hülfe eines griechischen Wörterbuches leicht gelingen würde, hier für einen sehr wohlklingenden Namen zu erfinden, in welchem das Adjectivum-Motorisch und ein *α* privativum vorkommen müsste. Abgesehen von den Lücken in dem Ziffer- und Buchstabenverständniss war der

Verlust des Verständnisses für die Bedeutung und Benennung gewisser optischer Bilder, welche eine conventionelle Bedeutung haben, bemerkenswerth und würde zu den weitgehendsten Folgerungen in Bezug auf die Beschaffenheit des optischen Centrums führen. Während der Mann gewöhnliche Objecte allerdings nach einer ausserordentlich verlangsamten Wortfindung richtig benennen konnte, hatte er z. B. für die Bedeutung von Spielkartenbilden, obgleich er früher viel Karten gespielt hatte, absolut das Verständniss verloren.

Wer im Sinne der Localisationstheorien consequent ist, wird sich entschliessen müssen, aus dem allgemeinen Rahmen des optischen Gehirngebietes bei diesem Manne ein Spielkartenbildcentrum abzusondern.

Am interessantesten sind in Bezug auf die Localisationsschemata Riegers Feststellungen über die Verlangsamung der Wortfindung, welche im Sinne jener nicht als Leitungsunterbrechung sondern als Leitungshemmung gedeutet werden müsste. Rieger hat hier denselben Weg eingeschlagen, welchen Grashey in seiner Abhandlung über Aphasie und ihre Beziehungen zur Wahrnehmung betreten hat, die Succession der geistigen Vorgänge und den zeitlichen Verlauf, speciell in den pathologischen Fällen von Wortfindung zu betrachten.

Nicht die Systematik und Schubfächereintheilung der vorhandenen Worte, sondern die Entwickelungsgeschichte der einzelnen Wortgebilde, welche in unser Bewusstsein treten, soll in den pathologischen Fällen von Wortfindung studiert werden.

Damit ist im Verhältniss zu der starren Architektonik der Schemata ein neues Princip gewonnen, welches Aussicht auf ein Zusammenfinden der psychiatrischen Untersuchung mit den psychophysischen Methoden der Wundt'schen Schule bietet. Ohne diese Perspective hier weiter auszumalen, möchte ich nur einige der von Rieger beobachteten Thatsachen herausgreifen.

Wenn man den Kranken z. B. das Bild eines Wagens vorzeigte mit der Frage: „Was ist das?" so kam die richtige Antwort nach ca. 14 Secunden. Ungefähr ebenso lange dauerte die richtige Antwort auf die Frage: „was thut man damit? Ungefähr derselbe zeitliche Verlauf zeigte sich bei den Antworten auf die Frage nach den Namen vorgelegter Farben; wenn jemand diese Erscheinung einfach als Leitungshemmung in der „Associationsbahn vom optischen zum acustischen Centrum" erklären will, so wäre es nothwendig gleich eine specielle sonderbare Molekularphysik des Gehirns mit zu postulieren. Es erscheint mir besser diese Thatsachen, welche doch entschieden ins Gebiet der Dysphasie oder Aphasie gehören, zur Aufklärung der Zukunft zu überlassen und sie nicht durch eine Scheinerklärung vermittelst Hemmungen von Centrum und Leitungsbahn ihrer beachtenswerthen Merkwürdigkeit zu berauben. R. Sommer (Würzburg).

---

68) Dr. **H. Burger.** Die laryngealen Störungen der Tabes dorsalis. Leiden, 1891. Verlag von Brill. 146 Seiten.

Verfasser bespricht an der Hand der gesammten, über den vorliegenden Gegenstand vorhandenen Litteratur sowie auf Grund eigner Beobachtungen das Vorkommen, den Verlauf und die Aetiologie der bei Tabes vorhandenen

Störungen von Seiten des Kehlkopfs. Es würde über den Rahmen dieser Besprechung hinausgehen, dem Verfasser auf seinem Wege durch die ganz besonders reichlich beigebrachte Casuistik zu folgen. Es genügt darauf hinzuweisen, dass Verfasser mit anerkennenswerther Klarheit überall seine Schlüsse zieht sowohl in der viel erörterten Streitfrage, ob Paralyse der Adductoren oder Contractur der Adductoren als auch auf dem strittigen Gebiete der Stimmbandataxie und der Larynxkrisen. Wir empfehlen Jedem, der sich über laryngeale Störungen bei Tabes orientiren will das vorliegende Buch als eine litterarische Fundgrube und geben als bestes Inhaltsverzeichniss des Verfassers eigene Zusammenfassung wieder:

1) Die Medulla oblongata ist sehr häufig vom Processe der Tabes dorsalis mitergriffen.
2) Unter den bulbären Nerven ist der Vagus-Accessorius der bei weitem am häufigsten befallene.
3) Die an den Kehlkopfnerven zu beobachtenden krankhaften Erscheinungen sind bei Tabes motorische Lähmungen, Koordinationsstörungen und sogenannte „crises laryngées".
4) Die motorischen Störungen bilden bei Tabes die häufigste laryngeale Störung; dieselben verlaufen jedoch oft völlig symptomlos.
5) Die Casuistik der tabischen Kehlkopfparalysen bestätigt das Semon'sche Gesetz. Die Posticuslähmung ist die tabische Kehlkopfparalyse par excellence. Von isolirten Adductorenlähmungen liegen keine Zuverlässige Mittheilungen vor.
6) Der Verlauf dieser Paralysen ist gewöhnlich ein langsam fortschreitender; die Prognose ist stets ungünstig.
7) Bei progressiven, tabischen, laryngealen Paralysen wird nach dem Posticus von den Adductoren der Musc. thyreo-arytaenoid. intern. am ersten betroffen.
8) Vorübergehende, functionelle Adductorenlähmungen scheinen bisweilen bei Tabes vorkommen zu können.
9) Lähmungen im Gebiete des Laryngeus superior sind bei der Tabes selten und nur im Verein mit Lähmungen im Gebiete des Laryngeus inferior beobachtet worden.
10) Ziemlich frequent sind mit der laryngealen Paralyse andere motorische Ausfallserscheinungen im Gebiete des Accessorius verbunden.
11) Die tabische Medianstellung der Stimmbän'er ist die Folge secundärer Adductorencontractur, welche sich zu einer primären Posticus-paralyse hinzugesellt hat.
12) Es existirt eine Ataxie der Stimmbänder.
13) Bei den Stimmbandbewegungen werden wahrscheinlich die beiden antagonistischen Muskelgruppen des Larynx jedesmal innervirt. Hierfür spricht sowohl die physiologische Analogie mit den Bewegungen der Extremitäten (Duchenne) wie pathologische Erscheinungen (Motus perversus bei der Respiration in Fällen von Posticuslähmung, und die tabische Stimmbandataxie.)
14) Unter dem Kollectivnamen Larynxkrisen werden alle bei der Tabes zu beobachtenden Anfälle von Husten und Dyspnoe zusammengefasst.

Dieselben sind dreierlei Art:

a. Anfälle, welche durch mangelhaften Verschluss oder Anaesthesie des Aditus ad laryngem bedingt sind;

b. Die als Begleiterscheinung der Posticusparalyse auftretenden laryngospastischen Erstickungsanfälle.

c. Die crises laryngées im engeren Sinne.

15) Die eigentlichen Larynxkrisen können im Verein mit laryngealen Paralysen, aber auch isolirt vorkommen.

16) Dieselben beruhen auf einem Reizzustande in den sensiblen Bahnen der Kehlkopfnerven, gewöhnlich verbunden mit einer erhöhten Reflexerregbarkeit der Centren der Stimmbandadductoren.

17) Der Reiz, welcher die Anfälle hervorruft, wird von einer chronischen Entartung des Nervengewebes abgegeben und ist in der Regel in der Medulla oblongata localisirt.

18) Das anatomische Substrat der tabischen Kehlkopfparalysen ist eine Degeneration der Vagus-Accessoriuskerne oder Fasern in der Medulla oblongata nebst einer degenerativen Atrophie der Vagi und Recurrentes und der gelähmten Postici. Peltesohn (Berlin).

---

69) **I. Electrotherapeutische Streitfragen.** Verhandlungen der Electrotherapeutenversammlung zu Frankfurt a. M. am 27. September 1891 (bei Gelegenheit der internationalen electrotechnischen Ausstellung). Im Auftrage der Versammlung herausgegeben von Dr. L. Edinger, Dr. L. Laquer, Dr. E. Asch und Dr. A. Knoblauch. Wiesbaden, Verlag von J. F. Bergmann 1892.

---

70) **II. Beiträge zur practischen Electrotherapie** in Form einer Casuistik von Dr. C. W. Müller, Wiesbaden, Verlag von J. F. Bergmann 1891.

Es war ein entschieden verdienstvolles Unternehmen seitens der Collegen Dr. Edinger u. Laquer in Frankfurt a. M., dass dieselben die durch die elektotechnische Ausstellung gebotene Gelegenheit benützend eine Anzahl von Fachgenossen nach Frankfurt einluden, um dort im engeren Kreise eine Anzahl der zur Zeit in der Elektrotherapie schwebenden Streitfragen sine ira et studio zu besprechen. Der Einladung wurde von einer grossen Anzahl von Elektrotherapeuten Folge geleistet, ausser welchen auch die Begründer der modernen Elektrotherapie, Benedict, v. Erb nicht fehlten. Die Verhandlungen fanden unter Erb's Vorsitz statt.

Das Hauptinteresse des Tages war der Erörterung der Frage zugewendet, ob und in wie weit die Heilerfolge der Electrotherapie auf Suggestion beruhen. Bekanntlich haben in den letzten Jahren die hervorragendsten, der Nancyer Schule angehörigen Vertreter der Suggestivtherapie (Bernheim und Forel), ausserdem von deutschen Autoren Möbius sich für berufen erachtet, die Electrotherapie mit der Homöopathie und Metallotherapie auf eine Stufe zu stellen, i. e. die Leistungen derselben im Grossen und Ganzen auf Suggestiveinflüsse zu beziehen. Eine Entscheidung dieser Frage wurde durch die Verhandlungen der Conferenz, wie vorauszusehen war, nicht herbeigeführt. Allein aus den gepflogenen Erörterungen ergibt sich jedenfalls soviel,

dass die Annahme einer physikalisch-physiologischen Wirksamkeit der Elektrotherapie eine viel breitere und gesichertere Basis in der Erfahrung besitzt, als die Suggestionisten vermuthen, und dass andererseits die Behauptungen der letzteren bezüglich der Suggestivwirkungen der Elektrotherapie mindestens überwiegend auf rein willkürlichen Voraussetzungen basiren. Von denjenigen, die sich mit Entschiedenheit gegen die suggestionistische Degradirung der Elektrotherapie aussprechen, sind zu nennen: Erb, Benedict, Laquer, C. W. Müller, Monakow (letzterer schriftlich), Hecker und Referent. Bezüglich der Heilwirkungen der Elektricität bei peripheren Nervenlähmungen schloss sich Bruns in der Hauptsache den Möbiusschen Aufstellungen an, während Rosenbach (Breslau) betreffs der Elektrotherapie der organischen Erkrankungen der Centralorgane zu einem vermittelnden Standpunkte sich bekannte. R. gesteht der Elektricität im Allgemeinen keine Bedeutungen bei der Behandlung der fraglichen Krankheiten zu, höchstens soll dem Inductionsstrome eine gewisse Wirkung gegen Atrophie und Contractur gelähmter Muskeln zu kommen; andrerseits hält er aber auch die Zurückführung der elektrotherapeutischen Erfolge bei den betreffenden Leiden auf Suggestiveinflüsse für unberechtigt. „Diejenigen Forscher, welche jede Besserung, die unter Anwendung einer ihrer Ansicht nach unwirksamen Methode erfolgt, als eine Suggestivwirkung betrachten, schädigen die Erkenntniss ebenso wie diejenigen die sie nur von der betreffenden Methode herleiten“. Diesem Satze Rosenbachs wird jeder Unbefangene beipflichten müssen.

Das Ergebniss der Verhandlungen bezüglich der Suggestivwirkungen der Elektrotherapie wurde von Prof. Erb dahin zusammengefasst, dass wohl die Möglichkeit zugegeben werden kann, dass ein Theil der angeblichen elektrotherapeutischen Erfolge auf Suggestion beruht; für den grösseren Theil derselben ist diese Erklärung jedoch gewiss unzutreffend, und es scheint auch, dass die grosse Mehrzahl der erfahrenen, praktischen Elektrotherapeuten sich dieser Erklärung gegenüber vollkommen ablehnend verhält“.

Betreffs der Verhandlungen der Conferenz über verschiedene andere Themata (Verwerthbarkeit der Influenzelektricität, einheitliche Methodik u. s. w.) müssen wir uns begnügen, auf den vorliegenden Bericht zu verweisen.

Den in Frankfurt Versammelten wurde von C. W. Müller (Wiesbaden) eine „kurze elektrotherapeutische Casuistik“ überreicht, welche mittlerweile in erweiterterter Form unter dem oben angeführten Titel im Buchhandel erschienen ist. Die von Müller mitgetheilten Beobachtungen dürften nicht sämmtlich der Kritik der Suggestionisten gegenüber Stand halten, allein sie verdienen jedenfalls die Beachtung aller derjenigen, die sich ein Urtheil über die praktische Verwerthbarkeit den Elektrotherapie verschaffen wollen. Wir ersehen aus der Casuistik Müllers nicht blos die Heilkraft des elektrischen Agens bei verschiedenen sinnfälligen Erkrankungen, bei welchen man bisher der Suggestion hervorragende Wirkungen noch nicht zuzuschreiben vermochte; so bei Callusbildung, bei verschiedenen schweren Gelenkerkrankungen, Hemiatrophia facialis progressiva; wir ersehen aus derselben, was uns noch viel wichtiger erscheint, dass für die Erzielung günstiger und gleichförmiger Resultate bei der Anwendung der Elektricität viel, sehr viel auf die Methode der Application ankömmt, ein Umstand, der

übrigens auch von dem Ref. in der Discussion in Frankfurt nachdrücklichst betont wurde und den zu allgemeiner Anerkennung zu bringen wir uns keine Mühe verdriessen lazseu dürfen. L. Löwenfeld.

---

71) **Hermann Nebel.** Die Behandlung mittelst Bewegungen und Massage, ihre Bedeutung, Handhabung und Indicationen. Nach einem im ärztlichen Verein in Frankfurt a. M. gehaltenen Vortrage. Wiesbaden, Verlag von J. F. Bergmann, 1891.

Wer einen Blick in die ärztliche Praxis der Jetztzeit geworfen hat, kann wohl nicht bezweifeln, dass die Bewegung als Heilmittel weder in ärztlichen noch im Laienkreisen bisher die ihr zukommende Würdigung gefunden hat. Nur ein Zweig der Bewegungstherapie, die Massage, erfreut sich bekanntlich besonderer Gunst in gewissen Kreisen des Publikums und daher auch bei manchen Aerzten; allein die hieraus erwachsene „Massagesucht", wie Verfasser treffend den fast zur Modethorheit gewordenen Cultus der Massage bezeichnet, hat nur dazu geführt, dass man von dem Streichen und Kneten bei den verschiedensten Krankheitszuständen unmögliche Erfolge erwartet und dabei die oft entschieden mehr (oder allein) indicirte Heilgymnastik vernachlässigt. Es muss daher als ein dankenswerther Versuch begrüsst werden, dass Verf. im vorliegenden Schriftchen es unternommen hat, die Erfolge der bewegenden Mechanotherapie — schwedische Maschinengymnastik — bei einer Reihe von Krankheiten, die Indicationen dieser Behandlungsmethode und ihre speciellen Vortheile gegenüber der Massage in kurzen Zügen darzulegen. Bei manchen Erkrankungen, speciell Jschias, Chorea und spastischer Spinallähmung scheint uns Nebel die Leistungen der medicomechanischen Institute etwas zu hoch zu taxiren. Allein das thut dem Ganzen keinen Eintrag, und wir können nur wünschen, dass das Schriftchen zahlreiche Leser finden und der Mechanotherapie viele neue Freunde erwerben möge. L. Löwenfeld.

---

72) **Binswanger** (Jena): Demonstrationen zur pathologischen Anatomie der allgemeinen progressiven Paralyse.

(Neurol. Centralbl. 1891 Nr. 20.)

Verf., welcher bei der syphilitischen Paralyse einen eigenartigen von der Paralyse ohne syphilitische Antecedentien verschiedenen Verlauf nicht finden kann und bei der Mehrzahl der Fälle ebenso wenig specifische Veränderungen im Gehirn zugiebt, beschreibt 2 Fälle, in welchen ausser den Veränderungen der allgemeinen Paralyse die anatomischen Befunde specifischer Krankheitsprocesse vorhanden waren.

Im ersten Fall zeigte der rechte Oculomotorius am Ursprung eine spindelförmig verdickte Partie, welche nach der microscopischen Untersuchung von Rundzellenanhäufungen herrührte.

Im zweiten fand sich auf der rechten Seite der Falx dicht hinter der Crista eine halbbohnengrosse, flache syphilitische Neubildung und neben einer allgemeinen Atheromatose der Gefässe an der Basis eine leichte, das Lumen verengernde (etwa $^2/_3$ des Umfangs einnehmende) $1^1/_2$ cm lange Wandverdickung der Art. basilaris, welche auf der Schnittfläche eine weich elastische Beschaffenheit und speckgraues Aussehen zeigte.

Nach B. handelt es sich in diesen Fällen (gegenüber früheren Beobachtungen) um Residuen älterer abgelaufener und räumlich sehr beschränkter syphilitischer Neubildungen. Irgend ein Zusammenhang dieser localen Veränderungen mit den später nachfolgenden diffusen Veränderungen der Hirnrinde ist nach B. nicht anzunehmen. Uebrigens waren Localerscheinungen intra vitam nicht vorhanden. Hoppe (Allenberg).

73) Dr. **J. de Boeck.** De la présence de l'acétone dans l'urine des aliénés. (Aus dem Institut Salvay der Universität Brüssel. Gent 1891. 26 pg.)

Verf. hat bei 31 Irren mittels der Methode von Lieben den Urin auf Aceton untersucht. Aceton kommt auch unter physiologischen Verhältnissen vor; sein Auftreten hängt von dem Reichthum der Nahrung an stickstoffhaltigen Substanzen ab. Mit dem psychischen Verhalten der Kranken steht das Auftreten und die Menge des Aceton im Urin in keinem Zusammenhang. Bei Inanition steigt der Acetongehalt des Harns bedeutend; steigt derselbe bei einem Kranken, der die Nahrung verweigert, in hohem Maasse, so ist es rathsam zur künstlichen Ernährung zu schreiten. Dr. Feist.

74) **Fr. De Sarlo** (Reggio): L'attività psichica incosciente in patologia mentale.

(Riv. sperim. di freniatria e di med. legale. Vol. XVII H. 1—2; 3. 1891.)

Verf. hat es unternommen, die Rolle, welche die unbewusste Thätigkeit des Geistes bei den verschiedenen Formen der Geistesstörungen spielt, des Näheren zu studiren. Selbstverständlich unterliegen die nicht zum vollen Bewusstsein, zur Kenntniss der Persönlichkeit vordringenden psychischen Vorgänge genau denselben Gesetzen, wie die bewusste psychische Thätigkeit.

Bei den verschiedenen Formen des Zwangsirresein findet Verf., dass einige psychische Vorgänge sich von dem Bewusstsein unabhängig machen, selbständig werden und den Manifestationen des normalen Bewusstseins zum Theil direct entgegen treten, theilweise dieselben modificiren. Zahlreicher sind die psychischen Elemente, welche bei den degenerativen Psychosen (Paranoia, periodisches und circuläres Irresein, Epilepsie, Hysterie, Hypochondrie) zur Bildung einer zweiten Persönlichkeit mitwirken; diese zweite Persönlichkeit denkt, spricht und handelt für sich und hat manchmal keinerlei Beziehung zu der ersten; es können so 2 und mehrere Persönlichkeiten zugleich in demselben Individuum sich bilden. In anderen Fällen (Paranoia) kann die zweite Persönlichkeit, jenes abnorme Gedankencentrum, die Aufmerksamkeit des Individuums durch so zahlreiche Vorgänge in Anspruch nehmen, dass schliesslich die wahre Persönlichkeit gänzlich verdrängt wird.

Bei den Psychoneurosen findet keine Bildung von abnormen Concentrationen der psychischen Elemente statt, es treten keine neuen Persönlichkeiten auf, sondern die normale unbewusste psychische Thätigkeit arbeitet nur in erhöhtem oder verkehrtem Maasse. Auch im normalen Zustand wird jede Verschlechterung des organischen und psychischen Lebens als Schmerz empfunden, jede höhere motorische Thätigkeit als Wohlbefinden; in der Krankheit wird auf Grund der krankhaften Veränderung (allgemeine Erschöpfung, Intoxication etc.) die unbewusste Thätigkeit eine gesteigerte und verkehrte; die gewöhnlichen Deductionen werden Sophismen.

So bilden die psychische Dissociation in ihren verschiedenen Formen, das selbständige Functioniren von Vereinigungen psychischer Elemente, welche im gesunden Zustande gegenseitig von einander abhängig sind und alle zur Bildung einer einheitlichen Vereinigung zusammenwirken, das Fundament vieler Geistesstörungen.

Die interessanten Einzelheiten, die Verf. bei der Durchführung seiner speculativen Untersuchung bei den einzelnen Psychosen beibringt, können hier nicht näher erörtert werden. Strauscheid.

---

75) Dr. **Tonnini.** La base delle allucinazioni.
(Rassegna clinica e statistica delle Villa di Salute di Palermo 1891, fasc. 2.)

Verf. theilt die Hallucinationen in degenerative, erworbene und psychische ein. Er sucht zu beweisen, dass dieselben nichts anderes als Illusionen sind; beide sind nur graduell verschiedene sensorische Störungen, denen sehr häufig periphere nervöse Alterationen zu Grunde liegen. Die degenerativen Hallucinationen müssen als angeboren aufgefasst werden; ihre Entstehungsgeschichte spielt sich nicht vollständig im betreffenden Individuum ab, sondern greift auf die Ascendenz über. Es sind chronische, ausserordentlich deutliche, stereotype Hallucinationen gewöhnlich auf einen Sinn beschränkt ohne Störung des betreffenden Organs. Sie sind etwas dem Ideenkreis des Individuums fremdartiges und finden sich in allen auf psychopathischen Defecten besonders auf Heredität beruhenden Psychosen.

Bei den erworbenen Hallucinationen, die ebenfalls vom Ideenkreis des Individuums unabhängig sind, finden sich häufig periphere Störungen und sie entstehen durch toxische, fabrile, neoplastische, vasomotorische, entzündliche Alterationen der sensorischen Rindentheile.

Hallucinationen, die ihre Entstehung Erinnerungsvorstellungen oder lebhaften Ideen verdanken, sind die psychischen. Hierher gehören die inneren Stimmen. Verf. führt mehrere eigene Beobachtungen, die die geschilderten Typen von Hallucinationen illustriren sollen, an.

Der Lehre von den motorischen Hallucinationen schreibt er eine grosse Bedeutung für die Erklärung vieler hallucinatorischen Phänomene zu.

Dr. Feist.

---

76) Dr. **Otto Klinke** (Leubus). Ueber Zwangsreden.
(Allg. Zeitschr. für Psych. Bd. 48, pg. 91.)

Diese Arbeit schliesst sich den früheren grösseren Aufsätzen Neissers über Katatonie und Verbigeration an, und erörtert vornehmlich die Cramersche Lehre der Entstehung von Zwangsreden und Gedankenlautwerden durch Hallucinationen des Muskelsinns in der Sprachbahn. — Die oft beobachtete Thatsache, dass Mutacismus und Zwangsreden, resp. Verbigeration miteinander abwechseln, veranlasst Verf., die Cramersche Theorie als Grundlage beider Phänomene zu acceptiren. Das Zwangsreden beruht demgemäss auf einem mehr partiellen Reizvorgang im Sprachapparat; unter Nachlass oder Hemmung des zwangsmässigen Sprechens tritt eine Zunahme des Erregungsvorgangs, resp. eine Verbreitung des Reizes über die ganze

Sprachbahn ein, mit anderen Worten, Gedankenlautwerden, welches seinerseits die äussere Erscheinungsform des Stupors mit Mutacismus hervorruft.

Die mitgetheilte Krankengeschichte gibt in längeren Stenogrammen ein vorzügliches Bild der von Neisser sogenannten Pseudoverbigeration der Paranoiker. W. Dehio (Rothenberg).

---

77) **James R. Whitwell.** A study of the Pulse in stupor („stenotic Dystrophoneurosis"). (Puls bei Stupor).

(The Lancet, 17. October 1891, pag. 866.)

Der Aufsatz und die Pulscurven müssen im Original eingesehen werden. Der Aufsatz gibt am Schluss folgende Zusammenfassung:

1. In Fällen von intermittirendem Stupor befinden sich während des Zustandes der Stupidität die Gefässe in tonischer Contraction und dadurch erhöhter Spannung.
2. Theilweise kann diese Gefässspannung durch Amylnitrit beseitigt werden.
3. Der Spasmus hört auf, wenn der Zustand der Lucidität beginnt.
4. Diese Veränderung ist constant.
5. Pulscurven, während der Uebergangsperiode aufgenommen, zeigen den Parallelismus zwischen dem Zustande des Geistes und dem des Pulses.
6. Es ist möglich, dass eine post mortem gefundene Gefässstenose an der Gehirnbasis durch ihr physicalisches Hinderniss der Blutcirculation im Gehirn die Ursache für diese Form der Geisteskrankheiten sein kann. Ralf Wichmann.

---

78) Dr. **G. Cantarano.** Inversione e pervertimenti dell' istinto sessuale.

(La psichiatria 1890. Fasc. 3 u. 4.

Verf. hat in einer früheren Arbeit die geschlechtlichen Verirrungen chronologisch und ethnologisch bearbeitet, sowie eigene Beobachtungen über sexuell perverse Individuen publicirt. Der Classificirung dieser Abnormitäten durch Magnan, der dieselben anatomisch nach hypothetischen Localisations- und Reflexcentren der Sexualfunction eintheilt, stellt Verf. eine andere physiologische gegenüber, die auf der Voraussetzung beruht, dass der Geschlechtstrieb in dem Suchen nach einem Individum des andern Geschlechts, aber derselben Species beruht, um mit diesem in geschlechtliche Beziehungen mit beiderseitigem Genuss zu treten Die wesentlichen Elemente des Triebes sind also: die Verschiedenheit des Geschlechts, der durch die Genitalien hervorgerufene beiderseitige Genuss und das Alter. Hierauf beruht die Eintheilung in:

I. Perversität in Folge nothwendiger realer oder imaginärer fremdartiger Reize (hervorrufen von Erinnerungsbildern, Flagellatien, cunnilinguus).
II. P. durch das fehlende Gefühl des beiderseitigen Genusses (Misshandlung und Tötung während des Coitus, Verkehr mit unreifen Personen).
III. P. durch Neigung für das eigene Geschlecht (reine oder gemischte Inversion des Geschlechttriebes).
IV. P. durch gesteigerte oder ausschliessliche Neigung zu anderen Thierarten (Bestialität).
V. P. durch sexuelle Erregung in Folge des Anblicks unbelebter Gegenstände (Azoophilic).

VI. P. durch alleinige automatische Aeusserung des Geschlechtstriebs (essentielle Onanie bei Idioten, Imbecillen und Dementen).

D. Feist.

---

79) **Franz Friedrich**, pract. Arzt. Ueber das Verhalten der idiomuskulären Erregbarkeit bei Geisteskranken. Aus der psychiatrischen Klinik in Jena. (Inaug. Dissertation. Jena 1891.

Verf. giebt zunächst eine vollständige und klare Uebersicht über den gegenwärtigen Stand der Kenntnisse von der Eigenerregbarkeit der Muskeln und wägt die verschiedenen theoretischen Erklärungsversuche gegen einander ab. Er selbst stellt sich auf die Seite von Ziehen, welcher auf Grund origineller Experimente zu dem Ergebnisse gelangt ist, dass die Muskelphänomene bedingt sind durch die mechanische Reizung der im Muskel verlaufenden Nervenstämmchen bezw. Nervenendigungen.

In den Journalen von 561 Kranken der psychiatrischen Klinik zu Jena fand Verf. sorgfältige Angaben bezüglich der Eigenerregbarkeit der Muskeln. Die bearbeiteten Fälle waren theils organische, theils functionelle Hirnerkrankungen. Von denselben zeigten 215 = 38,3 % eine Steigerung der totalen Contractionen allein, 172 = 30,6 % eine Steigerung der totalen Contraction mit Muskelwulst, 5,5 % eine Abschwächung der totalen Contraction. Die Behauptung Reinhard's dass die totale und lokale Contraction bezüglich der Intensität zu einander in gegensätzlichem Verhältnisse stehen, konnte nicht bestätigt werden.

Bei den Männern trat der Muskelwulst doppelt so häufig auf wie bei den Frauen, während die totale Contraction bei beiden Geschlechtern in fast gleichem Verhältniss gesteigert war.

Die Annahme Ziemssen's, dass der Muskelwulst nur ein Abmagerungssymptom und ein Zeichen für die Degeneration der Muskulatur sei, hat durch das Material des Verf. eine Widerlegung erfahren.

Bezüglich der zahlreichen und werthvollen Einzelheiten der Ergebnisse muss auf das Original verwiesen werden. Alle gefundenen Einzelthatsachen lassen sich mit den physiologischen Anschauungen, wie sie von Ziehen vertreten werden, in Uebereinstimmung bringen. Diejenigen Einflüsse, welche die peripheren Endigungen der Bewegungsnerven, in den Zustand erhöhter bezw. herabgesetzter Erregbarkeit bringen, steigern bezw. schwächen die Muskelphänomene. Es ist dabei gleichgültig, in welchem Gebiete der motorischen Sphäre die Erregbarkeitsänderung obwaltet, vorausgesetzt, dass die Leitungsbahnen intact sind und somit die Fortpflanzung der Erregung zur Peripherie eine ungestörte ist. Clemens Neisser (Leubus).

---

80) Dr. **C. Werner** in Roda. Die Paranoia. Eine Monographie. (Verlag von Ferdinand Enke. Stuttgart 1891; 239 Seiten.)

Der Verfasser, welcher schon in einem auf der Versammlung deutscher Irrenärzte zu Jena am 15. Juni 1889 gehaltenen Vortrage auf die grosse Uneinigkeit der Autoren in der Anwendung der Bezeichnungen „Verrücktheit“ und „Wahnsinn“ und die dadurch bedingte Schwierigkeit der wissenschaftlichen Verständigung hingewiesen hat, macht nunmehr den Versuch, durch eine monographische Bearbeitung des Gebietes der Paranoia seine

eigene Bezeichnungs- und Eintheilungsweise der bezüglichen Formen von Geistesstörung einzuführen.

Nach einem historischen Ueberblick, welcher die wichtigsten Darstellungen der älteren und neueren Literatur (der deutschen sogar ziemlich erschöpfend*) umfasst, folgt ein „Allgemeiner Theil", in welchem Wesen, Beginn, Symptome und Verlauf, Aetiologie, Prognose und Therapie der Paranoia abgehandelt werden. Das dritte Capitel bringt dann die speciellen Krankheitsbeschreibungen, wobei die folgende Eintheilung zu Grunde gelegt wird:

A. Die primäre Paranoia:

a) acute einfache Paranoia,
b) chronische einfache Paronoia,
c) acute hallucinatorische Paranoia,
d) chronische hallucinatorische Paranoia.

B. Die secundäre Paranoia:

a) postmelancholische Paronoia,
b) postmanische Paranoia.

Bei dem Capitel der chronischen einfachen Paranoia finden eine besondere Besprechung die Paranoia querulantium, die moralische Paranoia und die erotische Paranoia, ferner als den „Uebergang von der einfachen zur hallucinatorisch-chronischen Paranoia" bildend die hysterische und die von Sander zuerst beschriebene originäre Paranoia. Bei der chronischen hallucinatorischen Paranoia geht Werner näher ein auf die sogenannte religiöse, hypochondrische und katatonische Verrücktheit sowie den physikalischen Verfolgungswahnsinn.

Dreissig Krankengeschichten sind dem Texte eingeordnet.

Das Ganze stellt eine fleissige Arbeit dar und durchweg leuchtet hervor, dass der Verf. mit ehrlichem Streben zu Werke gegangen ist. Dem Anfänger und ärztlichen Laien mögen die sehr elementaren und anschaulichen Schilderungen des Buches eine willkommene Erleichterung für die practische Beurtheilung der Fälle bieten.

Strengeren wissenschaftlichen Ansprüchen, wie man dies von einer Monographie eigentlich verlangen sollte, vermag der Verf. nicht gerecht zu werden. Es ist gewiss höchst einfach zu sagen: den weitaus grössten Theil der Fälle von „Mania hallucinatoria" (Mendel) zähle ich zur Paranoia (pag. 68), ebenso die „asthenischen Delirien" (Mayser)' auch die sogenannte „katatonische Verrücktheit", ferner einen grossen Theil der Puerperalmanien" (p. 60) u. s. w. Es lässt sich schwerlich erwarten, dass durch solche Erklärungen die ernsten Bedenken anderer Autoren beseitigt werden, welche in den genannten und anderen von dem Verf. zur Paranoia einbezogenen Psychosenformen durchaus heterogene Krankheitsprozesse erblicken zu müssen glauben. Der Verf. macht aber gar nicht einmal den Versuch, sich mit den sehr abweichenden Anschauungen Anderer kritisch abzufinden

*) Wunderbarer Weise scheint dem Verf. die geistvolle Schilderung der Paranoia in Meynert's „Klinische Vorlesungen über Psychiatrie" Wien 1890, p. 140 ff. vollständig entgangen zu sein. Dies geht nicht nur aus der Nicht-Erwähnung im historischen Theile, sondern namentlich aus den Bemerkungen des Verf. auf p. 166 über die Beziehungen der Amentia zur Paranoia hervor.

oder den eigenen Standpunkt wissenschaftlich näher zu begründen. Er scheint allen Ernstes zu glauben, dass nur die verschiedenen Bezeichnungen es sind, welche die verschiedenen psychiatrischen Auffassungen bedingen, und dass es nur einer übersichtlichen Eintheilung bedürfe, um die getrennten Standpunkte zu einigen. Wäre dies so, so würde in der That das Werner'sche Buch Vorzügliches leisten. Bequemer kann man ja kaum gruppiren, als dass man lediglich die acuten den chronischen Fällen, so gut oder so schlecht sie sich eben auseinander halten lassen, und diejenigen mit vorwiegenden Sinnestäuschungen denjenigen ohne Sinnestäuschungen gegenüberstellt. Aber eine Vertiefung oder Klärung eines wissenschaftlichen Problems wird auf diesem Wege nicht erreicht.

Auf Einzelheiten kann hier naturgemäss nicht eingegangen werden. Nur einen Punkt sei es gestattet zu erwähnen. W. tritt mit grosser Bestimmtheit für die Häufigkeit des Vorkommens von Paranoia ohne Hallucinationen ein. Dies widerstreitet den Annahmen der meisten Autoren und auch der persönlichen Erfahrung des Referenten. Die zum Belege mitgetheilten Krankengeschichten — namentlich Fall 3 (pag 98-100) — schliessen die Annahme des Bestehens von Sinnestäuschungen — namentlich im Gebiete der Körpergefühle — wohl kaum aus.

Die Ausstattung der Monographie ist tadellos.

Clemens Neisser (Leubus).

---

81) **Emil Schlegel,** Arzt in Tübingen. „Das Bewusstsein. Grundzüge naturwissenschaftlicher und philosophischer Deutung." Mit Geleitsworten von Prof. Th. Meynert in Wien. Stuttgart, Frommann's Verlag 1891. 126 S.

Wenn sich ein Psychiater für ein philosophisches System interessiert, so ist er öfter in der glücklichen Lage, einen vorzüglichen Gradmesser für die Hypothesenfähigkeit des betreffenden Philosophen in dessen mehr oder weniger verkehrten Ideen über Geisteskrankheit und Psychiatrie zu besitzen. Seit Schopenhauer gehört es so zu sagen zum guten Ton bei den grossen und kleinen Philosophen, das dunkle Gebiet, auf dem wir herumtappen, mit einigen bedeutenden Gedanken zu erleuchten. Meist kommen diese Versuche gar nicht ins Bewusstsein der psychiatrischen Wissenschaft, sondern verschwinden spurlos in der historischen Rumpelkammer. Manchmal wird es jedoch für die Psychiatrie zur Nothwendigkeit, von der Existenz solcher erleuchtender Gedanken Notiz zu nehmen, um nicht den Eindruck völliger Seelentaubheit zu erwecken. Wir haben also hier wieder ein Buch, welches uns in gesperrtem Druck eine Definition des Irreseins giebt, p. 80 „Das Irresein ist derjenige Zustand eines belebten Wesens, in welchem dessen Bewusstseinserscheinungen nicht mehr in naturgemässer Verbindung zu seinen Lebenszwecken stehen, sondern im Gegentheil practische Bedeutung zu Ungunsten der Naturzwecke des Individuums erlangen." Es ist nun klar, dass sich der Sinn dieser Definition proteusartig verändert ja nach der verschiedenen Auffassung des „Lebenszweckes", p. 80. „Die geistige Lebensstörung hat also darin ihr Kriterium, dass sie — sich selbst überlassen — zur Zerstörung des Lebens und damit zur Eliminierung des Individuums aus der Reihe der Lebewesen führen würde."

Danach erscheinen diejenigen Individuen als die geistig gesunden Normalmenschen, welche ihre „Eliminierung aus der Reihe der Lebewesen"

möglichst zu vermeiden suchen. Alle die bahnbrechenden Geister, welche mit grossen Opfern an Wohlergehen und Gesundheit wissenschaftliche oder sociale Ideen vertreten haben, ohne von ihren Zeitgenossen einen anderen Lohn als Unterdrückung und Hohn zu erhalten, wie Giordano Bruno, Galilei, Schopenhauer, Dühring und viele andre, können durch jene Definition zu Geisteskranken gestempelt werden. Man braucht nur ein möglichst behagliches, geselliges, nach oben gefügiges, allem energischen Eingreifen abgeneigtes Leben als Daseinszweck erklären, so kommen jene Männer nach dieser Definition in die Reihe der Pathologischen. Und umgekehrt, wenn jemand als Lebenszweck erklärt, das, was er für richtig erkannt hat, ohne Rücksicht auf sein Wohlbefinden durchzuführen, so müssten ihm nach jener Definition gerade die Normalphilister als pathologisch erscheinen, weil ihre Bewusstseinsinhalte „practische Bedeutung zu Ungunsten des — ihnen insinuirten — Naturzweckes“ haben. Ueberhaupt spielen die „Naturzwecke in diesem psychologischen Versuch eine bestimmende Rolle“ (p. 113), obgleich sie — lucus a non lucendo — „nicht ohne weiteres teleologisch gedacht sind,“ (p. 114). Diese Definition des Irreseins mit Bezug auf den ganz variabelen Zweckbegriff wird dann in der „Umschau“ p. 117 mit grossem Pomp als Errungenschaft des Buches hingestellt, p. 117. „Auf pathologischem Gebiet glauben wir erstmals eine naturwissenschaftlich psychologische Definition des Irreseins als einer den Natur- und Lebenszwecken des Individuums schädlichen Art von Bewusstseinserscheinungen gegeben zu haben; auch hier ist der Zweckbegriff in zulässiger Weise gehandhabt.“ — Jeder Satz, den der Verfasser über Geisteskrankheiten schreibt, trägt den Charakter der psychiatrischen Halbbildung, welche heutzutage modern wird, wie im vorigen Jahrhundert eine unter der Nachwirkung von Hallers bahnbrechenden Forschungen physiologische Halbbildung modern war. — Die nachfolgenden Citate aus den Offenbarungen über den Hypnotismus reden ohne Kommentar: p. 85 „Im Stadium der Katalepsie erscheint der Leib entgeistet. . . . Diese Verhältnisse gestalten sich in einem weiteren Stadium zu einer Art „Besessenheit“. Ein fremder Geist, derjenige des Experimentators, nimmt activen Besitz vom entgeisteten Leibe. . . . . Seine Vorstellungen und sein Begriffsschatz erfüllen den betreffenden leeren Raum des Versuchsindividuums, so lange diese Beeinflussung erwünscht ist (Suggestion).“ — Hier haben wir den Gradmesser! — Psychiatrisch ist das Buch allerdings in anderer Beziehung interessant, sobald man nämlich von der Richtigkeit des Gesagten ganz absieht und sich nur, wie wir in unserem Beruf es so oft thun müssen, frägt: „Welche psychologischen Momente bedingen mit Nothwendigkeit, dass dieser Gedanke ausgesprochen wird?“ Ich meine nun bei dem Versuch der psychologischen Analyse dieses Buches gefunden zu haben, dass 4 verschiedene Elemente hier zusammengerührt worden sind und dass sich aus der Wechselwirkung dieser 4 Elemente dieses ganze Buch erklärt. Sollte sich die folgende Zusammenstellung etwas wunderlich ausnehmen, so lehne ich die Verantwortlichkeit ab, da sie ein Reflex der Thatsachen ist. Die 4 Elemente sind: 1) Hegels Absolutes, 2) Leibnizens phaenomenalistische Monadenlehre, (cfr. p. 23, 124 u. a.), 3) das Gesetz von der Erhaltung der Energie, und 4) der Gedanke der staatlichen Zusammengehörigkeit (cfr. p. 74, 33 etc.). Solche Combinationen von ganz heterogenen Elementen

sind für jeden, der die Geschichte der Philosophie vom psychologischen Standpunkt aus zu verstehen sucht, nichts Wunderbares. Aus den verschiedenen Bildern, welche aus diesen 4 Elementen kaleidoskopisch zusammenschiessen, will ich nur eines herausgreifen: Das Absolute in friedlicher Vereinigung mit dem Gesetz von der Erhaltung der Energie. p. 112 „Die vergeistigten Moleküle suchen nicht mehr das ihre; sie beginnen eine neue Wirkungsweise. der zwar die Formen alles Geschehens logisch anhaftet, die aber zum Inhalt die Beziehungen eines sittlichen Werthes hat, nachdem ihre Naturbeziehungen aufgehört haben. Sie sind somit den natürlichen Werthen entrückt, abgelöst d. h. absolut geworden, um an der Bildung eines sittlichen Wesens eine dauernd spürbare Arbeit verrichtet zu haben. Wer wollte bezweifeln, dass die Grösse dieser Arbeit gewissermassen ihr mechanischer Werth, abgesehen von der positiven oder negativen ethischen Bedeutung — in einem Abhängigkeitsverhältniss stehe zur Energie der aufgelösten Moleküle? . . . . Für verlorene Werthe müssen irgendwo genau die gleichen gewonnen sein, und somit führt uns ja eine bekannte und unvermeidliche Brücke vom Materiellen ins Geistige, vom Endlichen und Bedingten ins Absolute.“ Und mit einer solchen gewaltsamen Zusammenschmiedung der in ihm vorhandenen Bildungselemente kämpft der Verfasser gegen die experimentelle Richtung der physiologischen Psychologie, welche vor allem die „kurzsichtigen Versuche“ aufgeben soll, „dem Räthsel des Bewusstseinslebens durch oft ganz verfehlte Zwangslagen-Anordnung auf die Spur zu kommen.“ Wie man eine Analyse zum Beispiel derjenigen Empfindungen isoliren, welche zur Gewichtsschätzung beim Heben von Gewichten zusammenwirken, anders machen kann, als durch isolierende „Zwangslagen-Anordnung“, ist nicht einzusehen. Experimentiren heisst ja nichts anderes als Empfindungen isoliren, so dass sie ohne alle Nebenerregungen zu stande kommen. Ohne Experientia und Experimentum d. h. ohne einfache oder nach bestimmten künstlichen Bedingungen gemachte Erfahrungen — über das „Bewusstsein“ zu schreiben, ist Speculation aber keine Naturwissenschaft.

Dass des Verfassers (cfr. Vorwort) psychologische Ideen bei Prof. Vierordt keinen Anklang gefunden haben, ist ein Zeichen von dessen kritischer Vorsicht; — dass Th. Meynert eine Vorrede zu diesem Buch geschrieben hat, ist ein Beweis für seine ganz parteilose Liebenswürdigkeit.

R. Sommer (Würzburg).

IV. Zur Tagesgeschichte.

— **Aus Württemberg.** Der Director der K. Heil- und Pflegeanstalt Schussenried Dr. Ast wurde auf sein Ansuchen wegen leidender Gesundheit unter Verleihung des Titels eines Medicinalraths in den Ruhestand versetzt. — Der I. Assistenzarzt bei der K. Heil- und Pflegeanstalt Schussenried Dr. Binder wurde zum Secundärarzt, der II. Assistenzarzt bei der K. Pflegeanstalt Zwiefalten Dr. Kurz zum I. Assistenzarzt befördert. — Die Privatpflegeanstalt des Wundarzts Krauss in Ludwigsburg ist auf dessen Sohn Hermann Krauss übergegangen.

— **Ein Preisausschreiben** für ärztliche Arbeiten und Mittheilungen aus der Praxis veranstaltet die in München erscheinende „Aerztliche Rundschau“. Mittheilung der Bedingungen und alles Nähere ist bei der Expedition derselben kostenfrei erhältlich.

— **Personalien.** Die Stelle eines Directcrs an der neu eingerichteten Königl. Irrenpflegeanstalt Weissenau wurde dem Oberarzt an der Provinzialirrenanstalt bei Halle Dr. Rank (einem Württemberger) übertragen. — Dem ersten Assistenzarzt bei der K. Pflegeanstalt Zwiefalten Dr. Kurz wurde die erbetene Dienstentlassung ertheilt. Zum zweiten Assistenzarzt bei dieser Anstalt wurde Dr. Hoffmann ernannt. — Der Assistenzarzt an der Privatanstalt Pfullingen Dr. Gunkel hat sich zufolge psychischer Störung entleibt. K . . h.

— **Der elfte Congress für innere Medicin** findet vom 20.—23. April 1892 zu Leipzig im Deutschen Buchhändlerhause, Hospitalstrasse, unter dem Vorsitze des Herrn Professor Curschmann (Leipzig) statt.

Die Themata, welche zur Verhandlung kommen sollen, sind:

Mittwoch den 20. April: Die schweren anämischen Zustände. Referenten: Herr Biermer (Breslau) und Herr Ehrlich (Berlin).

Freitag den 22. April: Die chronische Leberentzündung. Referenten Herr Rosenstein (Leyden) und Herr Stadelmann (Dorpat).

Die nachstehenden Vorträge sind bereits angemeldet: Herr Emmerich (München): Ueber die Ursache der Immunität und die Heilung von Infectionskrankheiten. — Herr Peiper (Greifswald): Ueber Urämie. — Herr Rob. Binswanger (Kreuzlingen-Constanz): Ueber die Erfolge der Suggestiv-Therapie. — Herr Goltz (Strassburg): Ueber die Folgen der Ausschneidung grösserer Stücke des Rückenmarkes (Bericht über Beobachtungen, welche von den Herren Goltz und Ewald an Hunden angestellt wurden) — Herr Schott (Nauheim): Zur Aetiologie der chronischen Herzkrankheiten. — Herr v. Jaksch (Prag): Thema vorbehalten. — Herr Fürbringer (Berlin): Zur Kenntniss der sogenannten Leberkolik und Pseudogallensteine. — Herr Vucetic (Mitrovitz): Behandlung des Alkoholismus. — Herr Minkowski (Strassburg): Weitere Mittheilungen über den Diabetes mellitus nach Pancreasexstirpation. — Herr Ebstein (Göttingen): Thema vorbehalten. — Herr Adamkiewicz (Krakau): Ueber die Behandlung des Carcinomes. — Herr Finkler (Bonn): Die verschiedenen Formen der Pneumonie. — Herr Gerhardt (Berlin): Thema vorbehalten. — Herr Geppert (Bonn): Thema vorbehalten. — Herr Israël (Berlin): Ueber die secundären Veränderungen der Kreislaufsorgane bei Insufficienz der Nierenthätigkeit. — Herr Landois (Greifswald): Ueber den therapeutischen Werth der Bluttransfusion beim Menschen. – Herr Rütimeyer (Basel-Richen): Zur Pathologie der Bilharziakrankheit. — Herr Grawitz (Greifswald): Ueber die hämorrhagischen Infarcte der Lungen. — Herr Klebs (Zürich): Ueber die Heilung der Tuberkulose und die Biologie der Tuberkelbacillen. — Herr G. Klemperer (Berlin) und Herr F. Klemperer (Strassburg): Untersuchungen über die Ursachen der Immunität und Heilung, besonders bei der Pneumonie. — Herr Buchner (München): Ueber Immunität gegen Infectionskrankheiten. — Herr v. Ziemssen (München): Ueber subcutane Bluttransfusion. — Herr F. Wolff (Reiboldsgrün): Ueber das Verhältniss der Infeetionsgefahr zum wirklichen Erkranken bei Tuberkulose. — Herr Löffler (Greifswald): Thema vorbehalten. — Herr Rich. Stern (Breslau): Ueber Darm-Desinfection. — Herr H. Leo (Bonn): Beobachtungen über Diabetes mellitus. — Herr Schreiber (Königsberg): Ueber Circulationsstörungen in den Nieren.

Mit dem Congresse ist eine Ausstellung neuerer ärztlicher Apparate, Instrumente, Präparate u. s. w. verbunden. Anmeldungen für dieselbe sind an den Local-Secretär des Congresses, Herrn Privatdocenten Dr. Krehl, Leipzig, Thalstrasse 31, zu richten.

Inhalt des Februar-Hefts.

I. Originalien.

II. Original-Vereins-Berichte.

III. Referate u. Kritiken.

A. Nervenheilkunde.

1. Anatomie.

2. Psysiologie und Psychologie.

3. Allgem. Pathologie und pathol. Anatomie.

Nr. 59) T. D. Crothers, Some early psychical symptoms of traumatic brain injuries.

Nr. 60) Bouvoret, Neurasthenia.

Nr. 61) Umberto Stefani, Contributo allo studio dell' ansia nevrastenia e dei fenomeni che l'accompagnano.

4. Specielle Pathologie.

Nr. 62) G. R. Trowbridgc and C. B. Mayberry, Status epilepticus.

Nr. 63) Fornario Giuseppe, Nuovo contributo allo studio dell' atetosi.

Nr. 64) O. Torstenson, Einige ätiologische und therapeutisehe Beobachtungen bei Bronchialasthma.

Nr. 65) A. Borgherini, Della emiatrofia facciale progressiva. Contribuzione clinica.

Nr. 66) T. C. Railton, Hysterie bei einem 6jährigen Mädchen nach Influenza.

5. Bibliographie.

Nr. 67) Rieger, Beschreibung der Intelligenzstörungen in Folge einer Hirnverletzung. Bespr. von R. Sommer.

Nr. 68) H. Burger. Die laryngealen Störungen der Tabes dorsalis. Bespr. von F. Peltesohn.

Nr. 69) I. Electrotherapeutische Streitfragen. Verhandlungen der Electrotherapeutenversammlung zu Frankfurt a. M. am 27. September 1891.

Nr. 70) II. Beiträge zur practischen Electrotherapie in Form einer Casuistik von Dr. C. W. Müller. Bespr. von L. Löwenfeld.

Nr. 71) Hermann Nebel, Die Behandlung mittelst Bewegungen und Massage, ihre Bedeutung, Handhabung und Indicationen. Bespr. von L. Löwenfeld.

B. Psychiatrie.

1. Allgem. Pychopathologie.

Nr. 72) Binswanger, Demonstrationen zur pathologischen Anatomie der allgemeinen progressiven Paralyse.

Nr. 73) J. de Boeck, De la présence de l'acétone dans l'urine des aliénés.

Nr. 74) Fr. De Sarlo, L'attiviatà psichica incosciente in patologia mentale.

Nr. 75) Tornini, La base delle alluzinazioni.

Nr. 76) Otto Klinke, Ueber Zwangsreden.

Nr. 77) James R. Whitwell, Puls bei Stupor.

Nr. 78) G. Cantarano, Inversiane e pervertimenti dell' istinto sessuole.

2. Bibliographie.

Nr. 79) Friedrich, Ueber das Verhalten der idiomuskulären Erregbarkeit bei Geisteskranken. (Aus der psyichiatrischen Klinik in Jena.) Bespr. von Cl. Neisser.

Nr. 80) C. Werner, Die Paranoia. Eine Monographie. Bespr. von Cl. Neisser.

Nr. 81) Emil Schlegel, Das Bewusstsein. Grundzüge naturwissenschaftlicher und philosophischer Deutung. Bespr. von R. Sommer.

IV. Tagesgeschichte.

Aus Würtemberg. — Congress für innere Medicin.

Buchdruckerei von Kindt & Meinardus, Coblenz.

CENTRALBLATT

für

Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Internationale Monatsschrift

für die

gesammte Neurologie in Wissenschaft und Praxis mit besonderer Berücksichtigung der Degenerations-Anthropologie.

Mit dem 1. April dieses Jahres wird der unsern Lesern wohlbekannte Herr Dr. med. et phil. **R. Sommer,** Assistenzarzt an der psychiatrischen Klinik in Würzburg, die Redaction dieser Zeitschrift übernehmen.

Meine Uebersiedelung nach Brieg in Schlesien am 1. April, und sonstige Veränderungen in meinen dienstlichen und persönlichen Verhältnissen nöthigen mich, von den Lesern und Mitarbeitern dieser Zeitschrift als Redacteur Abschied zu nehmen; zugleich hoffe ich, als Mitarbeiter auch künftig diesen Kreisen angehören zu können.

Kreuzburg O/S., den 1. März 1892.

Dr. H. Kurella.

CENTRALBLATT

für

Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Internationale Monatsschrift

für die

gesammte Neurologie in Wissenschaft und Praxis mit besonderer Berücksichtigung der Degenerations-Anthropologie.

XV. Jahrgang, 1892 März. Neue Folge III. Band.

I. Originalien.

I.

Zur Akinesia algera.

Von Dr. W. KOENIG.

I. Assistenz-Arzt der Irren-Abtheilung zu Dalldorf.

Vor nicht ganz einem Jahre hat Moebius*) 2 Fälle von einem Krankheitsbild geschildert, welches er Akinesia algera nannte und worüber er in der Einleitung folgendes sagt: „Unter Akinesia algera (ἀλγηροσ: schmerzvoll) will ich ein Krankheitsbild verstanden wissen, welches sich darstellt als eine wegen Schmerzhaftigkeit der Bewegungen gewollte Bewegungslosigkeit, ohne dass doch eine greifbare Unterlage der Schmerzen zu finden wäre. Es handelt sich um Personen, in deren Familien Nervenkrankheiten vorgekommen sind, die wohl in der Regel selbst ein von vorn herein abnormes Nervensystem haben, um Deséquilibrés. Nach Ueberreizungen entwickelt sich ein Zustand nervöser Schwäche. Während anfänglich nur grössere Bewegungsleistungen schmerzhafte Abspannungen hinterlassen, werden später alle oder doch die meisten Bewegungen schmerzerregend. Theils ist unmittelbar mit der Bewegung Schmerz verbunden, theils folgt dieser jener nach und zeigt sich nicht nur im bewegten Theile, sondern auch in anderen Theilen des Körpers. Endlich kommt es zu fast vollständiger Bewegungslosigkeit, so dass die Kranken in ihrer Hülflosigkeit Gelähmten gleichen. Dieser Zustand kann sehr lange Zeit bestehen bleiben. Neben der Bewegungslosigkeit wegen der Schmerzen bestehen die Zeichen der Neurasthenie: schlechter Schlaf, gedrückte Stimmung, Unfähigkeit zu geistiger Thätigkeit,

*) Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, Bd. I. p. 121.

Eingenommenheit und Druck im Kopfe, peinliche Empfindungen im Rücken. Dagegen waren zweifellos hysterische Erscheinungen, bei einem Kranken wenigstens, fast gar nicht vorhanden; im ersten Falle fehlten sie bis auf Spuren Ueber den Ausgang der Krankheit ist etwas Bestimmtes bis jetzt nicht zu sagen. Man darf wohl annehmen, dass Heilung unmöglich ist doch beweist die 2. Krankengeschichte, dass sich Geisteskrankheit an die Akinesia algera anschliessen kann." —

Moebius erinnert ferner (l. c. p. 133) an einen ähnlichen Zustand, der im J. 1883 von Neftel als Atremie beschrieben worden ist. N. rechnet die Atremie zum Hypochondrischen Irresein. Die Aehnlichkeit zwischen beiden Zuständen sei gross; bei der Atremie könnten aber die Bewegungen der Glieder im Bett leicht und kraftvoll ausgeführt werden, was bei der Akinesia nicht der Fall sei. Die Atremie verhalte sich ungefähr zu der Akinesia algera, wie die Astasie-Abasie zur hysterischen Peraplegie. Bei der Atremie würden auch im Gehen mehr unangenehme Sensationen als Schmerzen hervorgebracht.

In den letzten Monaten habe ich auf der Irren-Abtheilung der Dalldorfer Anstalt einen Fall zu beobachten Gelegenheit gehabt, welcher mir in der Hauptsache dem von Moebius geschilderten Krankheitsbilde zu entsprechen scheint und welchen ich in nachfolgendem zu schildern mir erlaube. Für die Ueberlassung desselben bin ich Herrn Medicinalrath Dr. Sander wie Herrn Oberarzt Dr. Richter zu aufrichtigem Danke verpflichtet.

Es handelt sich um eine am 22. September 1887 unter der Diagnose Paranoia chron. aufgenommene, jetzt 48 Jahre alte Frau Z. (171). — Anamnestisch wurde damals folgendes ermittelt: „Keine hereditäre Belastung; Eltern an Brustkrankheit gestorben; keine mit Sicherheit zu eruirenden schweren Kinderkrankheiten. Patientin will später öfters schwere Unterleibskrankheiten durchgemacht haben. Periode immer regelmässig; 2 Kinder todt, 3 Mal unrichtige Wochen. Keine Lues."

Patientin kam am 15. September 1887 nach der neuen Charité wegen „Tobsucht". Sie gab an, seit 14 Tagen allerhand Thiere zu sehen, meist Nachts; sie äussert auch sonst Verfolgungs- und Vergiftungsideen; „schimpft vor sich hin; will seit sechs Wochen Stimmen hören."

Am 22. September 1887 wurde Patientin nach Dalldorf übergeführt. Hier wurde psychisch ein ziemlich erheblicher Schwachsinn constatirt (wahrscheinlich angeboren); ausserdem äusserte sie allerhand hypochondrische Ideen, könne mit dem rechten Auge nichts sehen, dasselbe sei zu, zählt aber, bei geschlossenem linken, Finger vollständig gut und begründet das damit, dass vielleicht ein kleiner Schlitz am unteren Augenlidrande vorhanden sein könne, durch den sie die Finger zählen könne; vor den Spiegel geführt, fasst sie sich an das rechte Auge und sagt, jetzt sei dasselbe auf, da sie es eben aufgerissen habe. Lange werde es aber nicht aufbleiben. Ueber andere Krankheiten habe sie gegenwärtig nicht zu klagen. Im vorigen Jahre sei das Auge in ähnlicher Weise ein halbes Jahr lang geschlossen; beide Male sei die Krankheit durch Schreck entstanden; denn an etwaige Hexerei glaube sie nicht. Sinnestäuschungen werden zugegeben; an den oben angeführten Verfolgungs- und Vergiftungsideen hält sie fest.

Somatisch wurde nichts besonderes gefunden.

Im Laufe der letzten Jahre hat sich im Wesen der Patientin nichts verändert; sie sprach, wenn sie sich unbeobachtet glaubte, viel vor sich hin, war ab und zu aufgeregt, bekam eine lange Zeit deswegen Morphium, welches ihr dann auf eigenen Wunsch wieder abgewöhnt wurde, in ihren ruhigen Zeiten war sie mit Hausarbeit beschäftigt. Die Menstruation trat alle 14 Tage bis 4 Wochen auf und ist auch jetzt noch regelmässig.

Vm 19. October 1891 legte sich Patientin zu Bett, wollte Schmerzen in den Gelenken haben; Objectiv nihil. (Körpergewicht 64 Kg.)

Ordination: Natr. salicyl. Eine bestimmte Gelegenheitsursache liess sich nicht finden. Während der nächsten Wochen blieben die Klagen unverändert; Pat. behauptete auch an allen möglichen anderen Stellen des Körpers bei Berührung und activer Bewegung Schmerzen zu haben, so dass man aus ihren Klagen nicht recht klug werden konnte; erhöhte Temperatur; Anschwellung der Gelenke, Oedeme, Exanthenn waren niemals aufgetreten. Am Herzen und den übrigen inneren Organen war nichts Abnormes zu finden. Patientin war selbst unglücklich über ihren Zustand. Ein Grund, Simulation anzunehmen, lag nicht vor. Bald traten neue Symptome auf, die dazu beitrugen, das anfangs etwas räthselhafte Krankheitsbild aufzuklären. Ich lasse von hier an die Notizen aus der Krankheitsgeschichte möglichst wörtlich folgen:

November 5. Will letzte Nacht bei erhaltenem Bewusstsein schmerzhafte Zuckungen im rechten Beine gehabt haben (macht die Zuckungen auf Aufforderung vor); das Bein sei dabei auch steif geworden.

Heute Nachmittag wurde ein Anfall ärztlicherseits beobachtet. Patientin weint und schreit vor Schmerzen, das rechte Bein, im Kniegelenk leicht flectirt, macht langsame rhytmische Bewegungen im Knie- und Fussgelenk, die fast wie willkürliche aussehen, welchen Pat. aber angeblich nicht Einhalt thun kann. Ab und zu geräth der Fuss in ein rasches Zucken im Sinne der Beugung und Streckung.

Druck auf N. peronäus und ischiadicus schmerzhaft; Patientin schreit aber ebenso auf, wenn man auf die Gelenke, die Knochen oder Muskeln drückt; ebenso äussert Patientin Schmerzen, wenn man auf irgend welche Theile des linken Beines drückt. Kniephänomene, Achillesphänomene vorhanden. Kitzeln der Fusssohle ruft beiderseits Plantarflexion der Zehen hervor. Beklopfen des Schädels nirgends empfindlich. Keine Parese im Bereich der faciales. Zunge kommt gerade, etwas zitternd hervor. Pupillen durch Homatropin erweitert. A. B. frei; es besteht eine chronische Blepharitis und starkes Thränenträufeln, Sprache normal, keine Sensibilitätsstörung. Unterdessen hat Patientin 0,015 Morphium subcutan bekommen; das rechte Bein ist jetzt ausgestreckt. Man bemerkt am Fuss einen schnellschlägigen Tremor, bald im Sinne der Adduction und Abduction, bald in dem der Flexion und Extension. Auch in der rechten Hand tritt jetzt ein schnellschlägiges Zucken auf; dabei will Patientin auch im rechten Handgelenk Schmerzen haben. Das linke Bein kann sie $^1/_2$ Fuss hoch heben, das rechte nur einige Centimeter. Der Händedruck der rechten Hand, welcher vorhin noch leidlich kräftig war, ist jetzt sehr schwach. Auch der rechte Arm wird nur $^1/_2$ Fuss hoch erhoben, während der linke sich normal verhält.

Patientin ist kaum im Stande, ohne Unterstützung zu gehen; sie hält das linke Bein gestreckt, tritt mit den Hacken auf, macht ganz kleine Schritte, schwankt. Das Gehen bereitet ihr offenbar Schmerzen.

Ophthalmoskopisch: Hypermetropie, Papillen scharf begrenzt. Die Lidspalten sind etwas eng.

Nach ca. 1 Stunde sollen Schmerzen und Zuckungen nachgelassen haben.

November 6. Patientin will während der letzten Nacht auch wieder im rechten Bein Zuckungen gehabt haben; diese waren stets äusserst schmerzhaft; auch in der Ruhe hat sie überall Schmerzen, welche bei Bewegungen zunehmen. Puls 60; an Herz und Lungen nichts besonderes. Temp. 36,5. Urin: ohne Eiweiss und Zucker.

November 10. Will letzte Nacht in der rechten Hand Zuckungen gehabt haben haben.

November 11. Heute früh 10 Uhr bei erhaltenem Bewusstsein Zuckungen im linken Arm. Der Arm ruht auf dem Bette; die Hand leicht extendirt, die Finger etwas flectirt; die Bewegungen sind arhythmisch. Patientin ist im Stande, die Hand ad maximum zu extendiren, wobei die Zuckungen einen Augenblick aufhören, die Schmerzen aber, welche schon vorher im ganzen Arm bestanden haben, zunehmen. Der Schmerz nimmt auch zu, wenn man die Bewegungen durch Auflegen der Hand zu verhindern sucht. Auf die Secunde kommen ungefähr 5 Zuckungen. Bewegungen mit den einzelnen Fingern zu machen, ist Pat. nicht im Stande. Manchmal ballt sich die Faust auf Secunden krankhaft zusammen, wobei die Zuckungen aufhören; plötzlich erlischt die Sensibilität der Haut, welche bis jetzt normal war, in der ganzen linken Körperhälfte: nach vielleicht $^1/_2$ Minute im ganzen Körper; die linke Hand ist jetzt dauernd zur Faust geballt. Patientin will jetzt auch in der linken Gesichtshälfte Schmerzen haben. Der Mund zieht sich etwas nach links, die Sprache ist etwas nasal geworden; da Pat. den Mund nicht ordentlich aufmacht, ist die Aussprache sowohl der Consonanten wie der Vocale undeutlich. Die Zunge wird zwar gerade vorgestreckt, kann aber nicht nach oben bewegt werden, rasche Bewegungen derselben sind überhaupt unmöglich. ··· Für „Artillerie“ sagt Patientin jetzt „At—rie, für „Zimmermann“ · „Imerman“, Patientin behauptet jetzt, auf beiden Augen nichts sehen zu können; will sogar hell und dunkel nicht unterscheiden können; der reflectorische Lidschluss ist aber vorhanden. Bei Stichen in die Fusssohlen erfolgt Plantarflexion der Zehen. Sticht man öfter hinter einander in die Fusssohlen, so tritt Dorsalflexion des Fusses und Flexion im Kniegelenk ein, was Pat. als „schmerzhaften Krampf“ bezeichnet. (Pat. weint vor Schmerzen.) Dieser „Krampf“ hält auch noch eine Weile nach Aufhören des auslösenden Reizes an. Die Nadelstiche als solche fühlt Pat. nicht; die Stichstellen bluten so gut wie gar nicht, auch nicht an den übrigen Stellen des Körpers. Auch bei Stichen in die Fussrücken tritt Dorsalflexion („schmerzhaftes Ziehen“) auf. Versucht man die Beine zu heben, so schreit Patientin vor Schmerz; die Kniegelenke zu beugen, gelingt nur wenig. Kniephän. beiderseits vorhanden. Die Zunge wird jetzt etwas nach rechts hervorgestreckt; die linke Lidspalte ist entschieden enger als die rechte. Die linke Augenbraue steht eine Spur tiefer als die rechte. Die vasomotorische Reflexbeweglichkeit der Haut

beiderseits mässig gesteigert. Jetzt sieht man auch zuweilen leichte Zuckungen im rechten Fuss im Sinne der Adduction und Abduction. Auch durch leichtes Beklopfen der Muskeln wird intensiver Schmerz erregt; Patientin will dabei ein „Ziehen in den Muskeln" bekommen (dabei ist die Haut anästhetisch); der Schmerz hält noch einige Secunden nach Aufhören des Klopfens an. Nicht bei jeder Schmerzensäusserung ist eine entsprechende Zuckung oder Contractur zu constatiren, (die Zeitdauer voranstehender Beobachtung betrug $^1/_2$ Stunde; der Untersuchungsbefund ist wörtlich wiedergegeben, wie er während der Entwickelung des oben geschilderten Zustandes dictirt wurde.)

Die ophthalmoskopische Untersuchung misslingt. Pat. kann die Augen nach allen Richtungen nur langsam und wenig ausgiebig bewegen. Es wird Homatropin eingeträufelt.

Pat. kann jetzt die Zunge kaum noch vorstrecken, stammelt wie ein kleines Kind. Das Schlucken ist nicht gestört. Aufrichten kann sich Pat. nicht.

Um 2 Uhr Nachmittags besteht die Sprachstörung noch unverändert fort. Pat. kann die Extremitäten nur ganz minimal und nur unter grossen Schmerzen heben. Der Krampf in der linken Hand hat sich gelösst. Es besteht noch vollständige Anästhesie der Haut für alle Qualitäten der Empfindung; Stellungsveränderungen der Zehen werden nicht gefühlt.

Augenblicklich besteht ein leichtes Vibriren im rechten Fuss. Hebt man das linke Bein etwas auf, und suggerirt der Pat., sie könne es nicht mehr bewegen, so bleibt es einige Minuten lang in dieser Lage, geräth dann ins Schwanken und sinkt allmählich herunter. Rechts gelingt das Experiment auch, wenn auch nicht so gut wie links. Wenn man Pat. die Augenlider schliesst und ihr sagt, sie könne dieselben nicht mehr öffnen, so ist sie nicht mehr im Stande dazu, trotzdem sie die M. frontales intensiv contrahirt. Ein Versuch, Pat. tiefer zu hypnotisiren, misslingt; ebenso wenig gelingt, ihr irgend ein krankhaftes Symptom weg zu suggeriren. Auch passive Bewegungen, die man mit den Augenlidern vornimmt, werden schmerzhaft empfunden.

Die Application eines Inductionsstromes, der von einem normalen Menschen eben unangenehm empfunden wird, erregt lebhafte Schmerzensäusserungen. Auch hierbei will Pat. auf der Haut nichts fühlen, sondern wieder „ein schmerzhaftes Ziehen in den Muskeln." Die linke Körperhälfte scheint empfindlicher zu sein als die rechte. Die electrische Erregbarkeit war übrigens ganz normal; auch für den galvan. Strom.

Sehstörung angeblich unverändert.

Ord: Morph. 0,015 subcutan.

Augenhintergrund und brechende Medien (Privatdocent Dr. Höltzke): normal.

Novemb. 12. Klagt über grosse Mattigkeit. Sprachstörung unverändert. Die Glieder kann Pat. heute etwas bewegen; die Zungenbewegungen sind sehr langsam, aber etwas besser wie gestern. Die Sensibilitätsstörung unverändert. Pat. klagt heute auch über Schmerzen in der Zunge und den Augenlidern, namentlich bei Bewegungen und Berührungen.

Novemb. 13. Die eigenthümliche Manier, wie Vocale und Consonanten ausgesprochen wurden, illustrirt folgendes:

Aussprache der Vocale: a wird lang gedehnt gesprochen oder wie a=a; den Vocal kurz auszusprechen, ist Pat. ausser Stande; e=e=es; i=ii; o=ons; u=ulitz.

Aussprache der Consonanten: b=berens; p=pei oder peiritz; c=cerens; z=zezhike; d=delitz; t=telitz; f=peff; g wird einmal richtig ausgesprochen, das andere Mal wie geritz; k=keritz; l=all oder aalitz; m=amitz; n=anitz; q=kuritz; r=aachitz; s=eses; v=vaulitz; w=velitz; x=ixiz; y=ganz unverständlich. Pat. klagt über Schmerzen in der Zunge. Objectiv nichts. Zungenbewegungen nach allen Richtungen möglich, aber sehr eingeschränkt und schwerfällig. Will auch heute nichts sehen. (?) Leichte Stiche in die Fusssohlen verursachen Plantarflexion der Zehen; applicirt man ungefähr 20—30 Stiche hintereinander, so tritt Dorsalflexionstetanus des Fusses ein, der manchmal noch nach Aufhören des Reizes anhält. Setzt man das Stechen weiter fort, so wird das Bein im Knie etwas gebeugt und es treten in beiden Füssen leichte Zuckungen auf, wobei Pat. das Gesicht schmerzhaft anzieht und über „schmerzhaften Krampf“ klagt.

Die Haut kann man überall mit der Stecknadel durchbohren, ohne dass Pat. reagirt. Händedruck beiderseits minimal. Bei Stichen in die Volarfläche der Finger geräth die Hand in Extension, weiterhin wird die Hand fortgezogen, als wenn Pat. den Stich schmerzhaft empfunden hätte. Pat. versichert aber, von den Stichen nichts zu spüren, sondern nur ein schmerzhaftes Ziehen in den Muskeln

Bei Stichen in die Stirn verzieht Pat. das Gesicht schmerzhaft; wenn man sie nun frägt, wo es weh gethan hat, zeigt sie niemals auf die Stirn, sondern stets auf die Augenlider oder die Schläfengegend und sagt: „Hier zieht's so zusammen.“

Novemb. 14. Die Arme werden heute besser bewegt. Pat. soll, wenn sie sich unbeobachtet glaubt, ganz flott sprechen können: die früher beobachteten Selbstgespräche soll sie auch jetzt halten und dabei glatt sprechen; auch soll sie mit der Wärterin öfters ganz gut gesprochen haben. Sie soll auch gut essen, tüchtig kauen. Auf Anordnung des Arztes verwickelt die Wärterin Pat. in ein Gespräch, wobei Pat. ziemlich fliessend spricht, trotzdem der Arzt sich im Zimmer aufhält; spricht sie aber mit dem Arzte, so stammelt sie, versichert hoch und heilig, sie könne nicht anders.

Novemb. 15. Pat. kann jetzt allein aufstehen und gehen, das rechte Bein steht dabei in Spitzfussstellung, das linke Bein wird mühsam bewegt und nur wenig vom Boden entfernt. Pat. orientirt sich ganz gut im Zimmer, weicht allen ihr in den Weg gestellten Hindernissen aus, behauptet aber dabei, ein ihr vorgehaltenes Licht nicht sehen zu können. Nähert man sich dem Gesicht der Pat. mit einem Licht, so schliesst sie die Augen und wendet den Kopf weg; trotzdem bleibt sie dabei, sie könne den hellen Schein nicht sehen.

Pat. kann allein, wenn auch mühsam, ins Bett steigen, will bei jeder Bewegung Schmerzen haben. In der Ruhelage nähmen die Schmerzen ab, hörten aber nicht ganz auf. Die Sprache ist noch nasal, aber sonst geläufig, wenigstens beim spontanen Sprechen; giebt man aber der Pat. auf, Buchstaben oder Worte nachzusprechen, so zeigt sich dieselbe eigenthüm-

liche Sprachstörung, die neulich auch beim spontanen Sprechen zu constatiren war. Auf Nadelstiche wird heute überall reagirt im Gegensatz zu den vorigen Tagen. Pat. schreit bei jedem Stiche auf; zieht die Beine bei Stichen in die Sohlen weit zurück, ohne dass Zuckungen auftreten. Ab und zu tritt im rechten Fuss ein leichtes Vibriren auf. Heute giebt Pat. zu, einen leichten Lichtschimmer vor den Augen zu haben, könne sich jedoch nur durch Fühlen im Zimmer orientiren. Wenn man Pat. die Hand entgegen streckt und sie auffordert, dieselbe zu drücken, so findet sie die Hand ohne Mühe. Pat. schläft nie ohne Chloral.

Novemb. 16. Klagt noch über Mattigkeit und Schmerzen, auch wenn sie sich nicht bewegt, namentlich in der linken Gesichtshälfte. Die angelegte Uhr will sie beiderseits nicht hören, versteht aber Flüstersprache beiderseits in 2 m Entfernung. Links könne sie garnichts sehen, rechts etwas. Indessen behauptet sie, Gegenstände, wie eine Taschenuhr auch mit dem rechten Auge nicht erkennen zu können; weist den Einwand, dass sie simulire bezw. aggravire mit Entrüstung zurück; wäre froh, wenn sie wieder gesund wäre, klagt beim Gehen über die rechte Hüfte, hängt etwas nach links, tritt heute mit beiden Füssen auf, geht etwas breitbeinig; der rechte Fuss wird auffallend stark nach aussen gedreht; die Knie- und Fussgelenke werden etwas steif gehalten. Sie orientirt sich sehr gut im Raume und benutzt jeden grösseren Gegenstand, um sich daran anzuklammern. Wird ihr das rechte, angeblich bessere Auge verbunden, so orientirt sie sich ebenso gut; als ihr dann die Hände zusammen gebunden werden und sie sich nicht mehr durch Tasten orientiren kann, rennt sie allerdings einmal an einen ihr vorgehaltenen Stuhl an. — Nadelstiche will sie in der linken Gesichtshälfte schwächer fühlen; als in der rechten; in den Extremitäten sei zwischen rechts und links in dieser Beziehung kein Unterschied. Zuckungen sind nicht mehr beobachtet worden. In der letzten Nacht will Pat. 3 Mal welche gehabt haben. Leichter Druck auf die Muskeln überall äusserst schmerzhaft; auf der linken Seite deutlich stärker als rechts; auch im Gesicht und am Kopfe. In der Rückenlage werden die Extremitäten auf Aufforderung hochgehoben; Händedruck beiderseits äusserst schwach. Pat. behauptet, sie müsse beim Essen den Napf ganz dicht an's Gesicht halten, weil sie sonst nichts sehen können (von der Wärterin bestätigt). Nadelstiche in die Fusssohlen lösen heute keine Zuckungen aus; Sprache ist ziemlich gut, hat nur einen nasalen Beiklang. Beim Nachsprechen von Buchstaben und Worten zeigt sich das schon beschriebene Stammeln. Pat. wird nun aufgefordert. etwas zu schreiben; (kann nur ihren Namen schreiben) sie sitzt aufrecht im Bett; das Blatt Papier befindet sich ungefähr in 1 m Entfernung auf der Bettdecke. Pat. schreibt leidlich, ohne zu zittern; nimmt man ihr das Blatt weg, ehe sie das Wort vollendet hat und giebt es ihr wieder zurück, so fährt sie genau dort fort zu schreiben. wo sie aufgehört hat; giebt man ihr das Blatt verkehrt, so dreht sie es um, trotzdem behauptet sie, ihr vorgehaltene Gegenstände nicht erkennen zu können, den Arzt erkenne sie nur an der Stimme; ist ausser sich, dass ihr nicht geglaubt wird, sie verstellte sich nicht, weint. Ein 2. Versuch, Pat. zu hypnotisiren, misslingt ebenfalls. Pat. macht heute auf Befragen einige höchst interessante anamnestische Angaben. Sie habe vor 25 Jahren einen ähnlichen Anfall gehabt,

wie jetzt; hatte im Körper ein Zucken und Zittern und dieselben Schmerzen wie jetzt; habe damals ein ganzes Jahr zu Bett gelegen, konnte über 1/4 Jahr garnicht sprechen. Der Arzt sagte, es wäre eine Lähmung, die linke Backe, die linke Hand und der linke Fuss waren geschwollen; die Anschwellung hat 6 Monate angehalten; seit der Zeit sei sie gesund geblieben bis jetzt. Hereditäre Belastung in Abrede gestellt. Angehörige hat Pat. nicht, sodass man sich leider mit den allerdings ganz glaubhaften Angaben der Patientin begnügen muss.

Von der Sprachstörung ist heute auch beim Nachsprechen nichts mehr zu bemerken. Pat. klagt noch über ein Ziehen unter dem linken Unterkiefer und in der linken Zungenhälfte. Auf dem linken Auge will sie auch heute nicht hell und dunkel unterscheiden können. Rechts liest sie Sn 6 in 1 m.

Bei verbundenem rechten Auge wird das Schreibexperiment von neulich mit demselben positiven Resultate gemacht, sodass man auch für das linke Auge einen gewissen Grad von Sehvermögen annehmen kann. Mit dem Stereoskop lässt sich ebenfalls nachweisen, dass Pat. auch mit dem linken Auge ganz leidlich sieht. Eine perimetrische Gesichtsfeldaufnahme scheitert, wie Pat. wieder behauptet, nichts sehen zu können. Auch eine grobe Prüfung misslingt. Farben will sie nicht erkennen können, auch nicht unter dem Stereoskop. Die Hautsensibilität ist an den meisten Stellen des Körpers erheblich abgestumpft.

Novemb. 18. Nadelstiche werden heute im Gesicht (rechts deutlicher als links) und der rechten Brusthälfte gefühlt. Als man Pat. zum 1. Mal in die Fusssohle sticht, schreit sie laut auf, bei den folgenden Malen reagirt sie nicht mehr. Bei wiederholt an dieselbe Stelle applicirten Nadelstichen in die linke Fusssohle, klagt Pat. wieder über Ziehen in den „Kniegelenken"; es treten auch wieder im rechten Fuss Zuckungen auf. Setzt man Pat. eine Brille von blauem Glas auf, so erkennt sie einzelne ihr vorgehaltene Gegenstände, die sie vorher nicht erkannt haben will, wie die Uhr, einen Becher; einen Hut erkennt sie nicht; es sei etwas rundes. Sprache bis auf den nasalen Beiklang gut.

Novemb. 19. Soll letzte Nacht viel gesprochen haben. Die Hautsensibilität auf der linken Seite zum Theil aufgehoben; man kann die Haut mit Nadeln durchbohren, ohne dass Pat. etwas merkt.

Novemb. 20. Zählt Finger jedesmal falsch; auch mit der blauen Brille. Fügt spontan hinzu: „Es ist kein böser Wille, ich kann nicht." Die Sprache ist wie in den letzten Tagen; nur beim Nachsprechen der Buchstaben verstümmelt sie dieselben zuweilen, nicht immer, in der früher beschriebenen komischen Weise. Links Anästhesie der Haut, rechts Hypästhesie.

Novemb. 27. Im Allgemeinen unverändert. Druck auf Muskeln stets äusserst schmerzhaft. Eine ihr vorgehaltene Flamme will sie nicht sehen, nimmt sie aber auf Aufforderung zwischen Daumen und Zeigefinger, und dies wiederholt mit absoluter Sicherheit. Lässt man sie mit verbundenen Augen im Zimmer gehen, so zeigt sie sich ganz unorientirt und rennt überall an; trotzdem bleibt sie dabei, sie könne mit unverbundenen Augen ebensowenig sehen.

Novemb. 30. Pat. will rechts nicht riechen; auf Ammoniak wird beiderseits reagirt; ebenso will sie rechts nicht schmecken (Chinin links als bitter bezeichnet) und nicht hören (Stimmgabel wird links gehört). Leitung durch die Kopfknochen erhalten.

Es wird der Patientin mitgetheilt, dass sie jetzt täglich electrisirt werden soll, und sie sich in Folge dessen in 14 Tagen erheblich besser befinden werde.

Decemb. 7. Pat. ist täglich galvanisirt worden; ein Strom von 3 M. A. wird schon äusserst schmerzhaft empfunden. Pat. meint, das Electrisiren verschlimmere die Sache; sie bekomme immer Zuckungen darauf, will nicht mehr electrisirt werden. — Wiederholte Prüfung auf das Mannkopf'sche Symptom (Steigerung der Pulsfrequenz bei Druck auf schmerzhafte Stellen) fällt negativ aus.

Decemb. 8. Heute wurden in Chloroform-Narcose aus dem linken Biceps 3 kleine Muskelstückchen herausgeschnitten und in 0,6 % Nallösung, ½ % Osmiumsäure, und Müller'sche Flüssigkeit gelegt.

Decemb. 11. Klagt über Schmerzen im operirten Arm; will heute etwas sehen, aber nur auf dem rechten Auge und auch hier zählt sie Finger nur in einem Fuss Entfernung; sie zählt richtig 1 und 2 Finger, bei 3 und 5 Fingern sagt sie: „Kann ich nicht mehr sehen; so viel kann ich nicht mehr sehen."

Decemb. 18. Die Nähte werden entfernt; Wunde per primam geheilt. Pat. klagt jetzt weniger.

Decemb. 29. Pat. ist seit 2 Tagen ausser Bett, freut sich, dass sie auf sein darf, macht sich im Hause nützlich, wo sie nur kann, sodass ihr gesagt werden muss, sie solle sich nicht zu sehr anstrengen. Pat. hinkt beim Gehen, klagt vor allem über Schmerzen in der rechten Hüfte und im Kreuz.

Es wird heute folgender Status aufgenommen:

Pat. befindet sich in übergutem Ernährungszustande. Die Beschaffenheit der Haut ist überall normal. Pupillen reagiren auf L. und C. — A. B. frei. Es besteht beiderseits eine chronische Blepharitis mit starker Epiphora. Pat. will heute nicht einmal Handbewegungen sehen können, dabei löscht sie aber auf Aufforderung ein in einem Meter Entfernung sich befindliches Licht mit Daumen und Zeigefinger prompt aus. Eine Nähnadel einzufädeln, (was sie früher gekonnt hat) ist sie nicht im Stande, auch nicht mit ihrer Convex-Brille; sie fährt aber mit dem Faden stets ganz dicht am Nadelöhr vorbei. Bringt man ein angebranntes Streichholz in die temporale Hälfte ihres Gesichtsfeldes, (Flammen in ca. 1 Fuss Entfernung,) so wendet sich der Blick nach der Flamme zu; zugleich sagt Pat. einmal, ohne dass sie gefragt wurde: „Das kann ich nicht sehen." (Bei dieser Untersuchung wurde der Pat. garnicht gesagt, dass man die Sehkraft untersuchen wolle.) Die Zunge kommt gerade, zitternd heraus; Pharynx- und Kehldeckelreflex vorhanden. Sprache beim gewöhnlichen Sprechen gut. Beim Nachsprechen von Worten zeigt sich heute wieder die schon öfters beschriebene Störung. So spricht Pat. z. B. beim Nachsprechen das Wort Zimmermann bald „Timmermann", bald „Rimmermann" aus und sagt gleich darauf: „Zimmermann kann ich nicht sagen"; für „Haus" sagt sie Haut" und fügt gleich

hinzu: „Haus kann ich nicht sagen.“ „Haut“ spricht sie richtig nach. Angeblich kann sie nicht riechen; verzieht jedoch das Gesicht, wenn man ihr Petroleum oder Terpenthin unter die Nase hält. Auch Ammoniak behauptet sie nicht zu empfinden, obgleich sie das Gesicht stark verzieht und ihr die Thränen in die Augen treten. Essigsäure will sie nicht schmecken. Das ihr Chinin bitter schmeckt, giebt sie schliesslich zu.

Die Percussion des Schädels in der ganzen linken Hälfte empfindlich. Das Ticken der Taschenuhr wird rechts $^1/_4$ m weit gehört; Leitung durch die Kopfknochen erhalten; links wird die angelegte Uhr nicht gehört; auch ist die Leitung durch die Kopfknochen angeblich aufgehoben. Trommelfelle sind beiderseits normal. Den linken Arm hebt Pat. nur bis zur Horizontale (Einfluss des Verbandes?); Händedruck links -O; rechs auch sehr schwach. Rasche Fingerbewegungen werden ganz prompt ausgeführt, links weniger gut. Das rechte Bein wird in der Rückenlage ca. 2 Fuss hoch gehoben, das linke knapp einen; kein Tremor, keine Ataxie. Grobe Kraft beiderseits sehr gering, links vielleicht noch etwas geringer wie rechts. Zehenbewegungen werden rechts etwas besser ausgeführt wie links. Beim Gehen hängt Pat. nach links, setzt beide Füsse stark nach aussen und tritt etwas mit den Hacken auf. Kein Romberg.

Bei passiven Bewegungen des Halses will Pat. in den Muskeln der linken Seite Schmerz empfinden. Activ geht die Rotation nach rechts bedeutend rascher und ausgedehnter von statten wie links. Passive Bewegungen in sämmtlichen Gelenken der rechten O. E. sind nicht schmerzhaft; umgekehrt empfindet Pat. Schmerz in allen Gelenken der linken O. E., wenn sie passiv bewegt werden. Bei passiven Bewegungen in den unteren Extremitäten giebt Pat. an, Schmerz zu empfinden; im rechten Hüftgelenk, in beiden Knie- und Fussgelenken; die passive Beweglichkeit der Gelenke, abgesehen vom rechten Hüftgelenk (Pat. spannt sehr stark), frei.

Schmerzhaft ist ferner die Palpation verschiedener Muskelgruppen und zwar: der linken Gesichts-, Hals-, Brust-, Bauch- und Rückenhälfte; ebenso der rechten U. E.

Die Sehnenphänomene der O. E. vorhanden, nicht gesteigert; Knie- und Achillesphänomene lebhaft. Tibia- und Adductorenphänomene vorhanden.

Beim Kitzeln der Fusssohlen erfolgt Plantarflexion der Zehen. Pinselberührungen will Pat. in der linken Hälfte des Gesichts und des Rumpfes, sowie in der rechten O. E. und in dem linken Unterschenkel nicht fühlen. Ebenso verhält es sich mit Nadelstichen; hingegen äussert sie lebhaften Schmerz bei Stichen in die Fusssohlen; während man z. B. am linken Arm die Haut durchbohren kann, ohne dass Pat. reagirt. Bringt man an die für Nadelstiche unempfindlichen Stellen (Pat. werden die Augen verbunden) eine Flamme, so tritt Schmerzreaction ein. Pat. gibt indessen an, dass ie die Flamme nicht so stark spüre, wie an den normal fühlenden Stellen.

Urin: ohne Eiweiss und Zucker.

An der linken O. E., deren Haut man mit einer Nadel durchstechen kann, ohne dass Pat. reagirt, ist auch die Lagewahrnehmung vollständig aufgehoben.

Bringt man ein Stück Eis auf die rechte Hand, so erkennt Pat., dass es ein kalter Gegenstand ist, sagt auch schliesslich: „Eis"; links fühlt sie die Kälte nicht. Bringt man ein Reagensglas mit heissem Wasser in die rechte Hand, so sagt Pat. sofort: „heiss". Links schreit sie erst nach einigen Secunden „au" und zieht die Hand fort, behauptet jedoch, es sei nicht heiss gewesen, sondern sie habe „Schmerzen in den Knochen" bekommen.

Einmal sagt sie: „Au, ich bekomme ja Zuckungen".

Seit dem 1. Januar befindet sich Patientin nicht mehr in meiner Beobachtung, sie hat während der ganzen Zeit normale Temperatur gehabt. Ihr Körpergewicht hat nicht abgenommen.

Ueber die microscopische Untersuchung der Muskelstückchen ist folgendes zu sagen:

Die Muskeln wurden theilweise frisch zerzupft untersucht; theilweise wurden sie gehärtet und zwar in Osmium, Müller'scher Flüssigkeit, und in einem Gemisch von Osmium und Müller. Gefärbt wurde mit Pikrocarmin und Hämatoxylin-Alaun.

Die Breite der Muskelfasern betrug 0,034—0,085 mm, entspricht also ungefähr den Grössenangaben, wie sie E. Fränkel[1]) für den normalen Muskel des Oberarmes gefunden hat. Von Veränderungen fanden sich folgende: Ein sehr geringer Grad von Fettmetamorphose, welche nur in den Osmium, resp. Müller-Osmium-Präparaten, deutlich wurde. Die Quer- und Längsstreifung war dabei überall deutlich; hier und da zeigten sich sog. Kernzeilen; im Allgemeinen waren aber weder die Muskelkerne noch das interstitielle Bindegewebe wesentlich vermehrt. Ebenso wenig zeigten die Gefässe etwas pathologisches.

Resumire ich kurz die Hauptzüge des geschilderten Krankheitsbildes, so ergibt sich folgendes:

„Eine angeblich nicht hereditär belastete, 48jährige, an Paranoia chron. hypochondrica leidende Frau erkrankt ziemlich acut, ohne Temperaturerhöhung und Pulsbeschleunigung an intensiven Schmerzen, die hauptsächlich auf die Muskeln sich localisiren; die Schmerzen nehmen bei jeder Bewegung zu, zeitweise so, dass Pat. sich nicht bewegen kann. Dazwischen treten vielfach wechselnde Sensibilitätsstörungen der Haut auf, sowie Störungen von Seiten der höheren Sinnesorgane (des Geruchs, Geschmacks, des Gesichtssinnes) der Sprache und allerhand Zuckungen auf, die auch durch mechanische Reize ausgelöst werden können. Schlaf während der ganzen Zeit sehr mässig; Appetit ganz leidlich. Keine Störungen von Seiten der inneren Organe. Keine Veränderungen der electrischen Erregbarkeit; kein Fieber. Keine Oedeme. Keine Abnahme des Körpergewichtes. Therapeutische Eingriffe ohne jeden Erfolg. Allmählich spontane Besserung; keine Heilung.

Angeblich hatte sie vor 25 Jahren einen ähnlichen Zustand, der 1 Jahr lang dauerte.

---

[1]) Virchow's Archiv 73, pag. 386.

Die Untersuchung einiger Muskelstückchen ergibt nur sehr unbedeutende Veränderungen, die bei einer gutgenährten Person, die seit Jahr und Tag keine anstrengende Arbeit mehr verrichtet hat, nur natürlich sind."

Wenn wir das Krankheitsbild übersehen, so fällt als am meisten hervortretendes Symptom auf: der in der Ruhe vorhandene, bei Bewegungen zunehmende Muskelschmerz und auf Grund dessen die, wie Moebius sagt, „gewollte Bewegungslosigkeit, ohne dass doch eine greifbare Unterlage der Schmerzen zu finden wäre."

Die beiden Fälle von M. betrafen hereditär belastete Individuen, von denen das eine später geisteskrank wurde, das andere noch krank ist.

Im vorliegenden Falle ist es eine jedenfalls seit einer Reihe von Jahren geisteskranke Person, welche nach 25jähriger Pause zum 2. Male erkrankt; ausser den Schmerzen sehen wir eine ganze Reihe vielfach wechselnder Hysterischer, und Hypochondrischer Symptome, welche dazu beitragen, dem ganzen Krankheitsbilde das Gepräge des psychischen zu geben.

Im Beginn der Krankheit konnte man allenfalls an eine multiple Neuritis oder eine Polymyositis, beziehungsweise an eine Combination beider, wie sie ja auch mehrfach beschrieben worden ist, denken. Indessen fehlten auch nach monatelangem Bestehen der Krankheit Atrophien, electrisch nachweisbare Veränderungen; Oedeme, vermehrte Schweissbildung, und ebensowenig waren Muskelveränderungen, wie sie bei Polymyositis sich finden, microscopisch nachzuweisen; dazu der fieberlose Verlauf, der dauernd gute Appetit, das Verhalten des Körpergewichts.

Ich möchte nun noch auf die einzelnen Nebensymptome etwas näher eingehen: da sind es ausser den Muskelschmerzen vor Allem die Zuckungen, die Sensibilitätsstörungen und die Sprachstörung, welche unser Interesse in Anspruch nehmen. Die Muskelschmerzen fasse auch ich, ebenso wie Moebius, als Schmerzhallucinationen auf.

Was die Zuckungen anbetrifft, so sehen wir zweierlei: erstens solche, welche spontan auftreten, zum Theil einen langsamen Rhythmus zeigen und wie willkürlich gemacht aussehen, zum Theil das Gepräge des unwillkürlichen haben. Zweitens solche, welche, durch äussere Reize veranlasst, reflectorisch auftreten; hier kann man noch diejenigen unterscheiden, welche äusserlich sichtbar sind von denen, welche nur subjectiv als „schmerzhaftes Ziehen" empfunden werden. Dieses „Ziehen" tritt auch in den Gesichtsmuskeln sowie in der Zunge auf. Im Ganzen machen diese Zuckungen, wenigstens theilweise, mehr einen hypochondrischen als hysterischen Eindruck; indessen lassen sich hypochondrische und hysterische Erscheinungen nicht immer scharf unterscheiden; sie gehen oft in einander über.

Dass durch äussere Reize Zuckungen hervorgerufen wurden, ist leicht verständlich, wenn man die schmerzhaften Muskeln als hysterogene Zonen ansieht, nur dass hier die ausgelösten Anfälle nicht allgemein werden.

Von den Sensibilitätsstörungen sehen wir, wie dieselben ganz plötzlich auftreten, zuerst auf der linken Körperhälfte, dann auf die rechte übergehen; an ihrem wirklichen Bestehen ist wohl nicht zu zweifeln, da man ja die Haut durchstechen konnte, ohne dass darauf reagirt wurde; die Anästhesie verschwindet theilweise, tritt partiell wieder auf, ganz regellos.

Auçh die Lagewahrnehmung ist theilweise vollständig aufgehoben. Interessant ist diese Combination von Anästhesie der sensiblen Hautnerven mit hochgradiger Hyperästhesie der sensiblen Muskelnerven. Dringt die Nadel tief genug ein, um die Muskeln zu berühren, so empfindet Pat. nicht den Stich als solchen, sondern ein schmerzhaftes Ziehen in den Muskeln, welches zuweilen so intensiv wird, dass sie laut weint.

Kälte (Eis) wird an anästhetischen Stellen gar nicht empfunden; Hitze (Reagenzglas mit kochendem Wasser) ruft erst nach einigen Secunden ein Schmerzgefühl hervor, welches einmal mit „Knochenschmerz", ein anderes Mal mit „schmerzhaften Zuckungen" bezeichnet wird; dass der Gegenstand heiss ist, kommt der Pat. nicht zur Cognition. An den empfindenden Stellen der Haut wird kalt und heiss stets richtig angegeben.

Ueber die Störungen des Geruchs, Geschmacks und Gehörs gehe ich hinweg, da die Angaben der Pat. hierüber ganz unzuverlässig sind und ausserdem nichts besonders characteristisches bieten; zum Theil sind auch hier offenbar hypochondrische Vorstellungen die Ursache.

Hingegen möchte ich bei der Sehstörung einige Augenblicke verweilen.

Pat. behauptet plötzlich, als sich die allgemeine Anästhesie der Haut in acuter Weise entwickelt, gar nicht mehr sehen zu können (Klagen über Sehstörung waren übrigens schon in der ersten Zeit ihres Aufenthaltes im Journal notirt), wollte nicht einmal hell und dunkel unterscheiden können, so dass man zunächst wohl an eine acut entstandene hysterische Amblyopie denken musste. Auffällig und verdächtig war allerdings das Vorhandensein des reflectorischen Lidschlusses. Auf Grund der weiteren Untersuchungen wurde es jedoch bald klar, dass eine Sehstörung in der Intensität jedenfalls, wie sie Pat. angab, nicht vorhanden war. Die unwillkürlichen Sehleistungen standen im auffälligsten Gegensatze zu den Aussagen der Pat.; sie simulirte, bezw. aggravirte sie in höchst auffälliger Weise; die Demenz allein war keine so hochgradige, um hierfür einen ausreichenden Erklärungsgrund zu geben.

Pat. behauptet, den Arzt nicht zu sehen, findet aber seine ihr entgegengestreckte Hand ohne weiteres; sie will ein brennendes Licht nicht sehen, löscht es aber, ohne zu zögern mit Daumen und Zeigefinger prompt aus. Sie orientirt sich vollkommen gut im Raume, was ihr bei verbundenen Augen nicht gelingt. Nimmt man ihr während des Schreibens das Papier fort und legt es ihr verkehrt wieder hin, so dreht sie dasselbe um und fährt genau dort fort, wo sie aufgehört hat; sie behauptet, sie „fühle" das. Dies Experiment gelingt auch damals, als sie auf dem einen Auge etwas sehen wollte und man ihr dieses verbunden hatte. Ein ander Mal liest sie auf dem rechten Auge Sn 6 in 1 m, kurz darauf will sie Finger nicht zählen können. Dann zählt sie wieder 2 aufgehobene Finger, zeigt man ihr mehr, sagt sie: „So viel kann ich nicht zählen."

Mit Hülfe des Stereoskopes lässt sich nachweisen, dass Pat. auf beiden Augen ganz leidlich sieht: Farben will sie allerdings auch unter dem Stereoskop nicht unterscheiden können.

Sehr characteristisch war das Benehmen der Patientin bei Untersuchung des Gesichtsfeldes, welche so ausgeführt wurde, dass (Pat. wusste nicht, dass man ihr Sehvermögen prüfen wollte) ganz unvermuthet von der Seite

her ein brennendes Streichholz dem Gesicht der Patientin genähert wurde; als die Flamme sich in ungefähr 1 Fuss Entfernung von dem Gesicht befindet, wendet Pat. ihren Blick dem Lichte zu und sagt: „Kann ich nicht sehen.“ Dass ein gewisser Grad von Sehstörung vorhanden war, vielleicht durch das starke Thränenträufeln hervorgerufen, ist ja möglich; möglicherweise bestand wirklich Dyschromatopsie, und eine Einschränkung der G. F., jedenfalls beruhte das Meiste der oben geschilderten Störungen offenbar auf hypochondrischen Vorstellungen. Der dabei beobachteten Aggravation bezw. Simulation liegt aber kein dolus zu Grunde; Pat. hat gar keine Ursache zu simuliren, sie will gern gesund werden; es liegt ihr auch garnichts daran, sich interessant zu machen; sie ist ausser sich, wenn man an der Richtigkeit ihrer Angaben zweifelt. „Ich kann wirklich nicht“, sagt sie einmal ganz spontan. Dieses Verhalten ist ein echt hypochondrisches Symptom, ich möchte sagen, es ist eine obligate Begleiterscheinung der mit hypochondrischen Erscheinungen einhergehenden Neuropsychosen.

Ich bin absichtlich auf diesen Punkt so ausführlich eingegangen, weil ich glaube, dass diesem den hypochondrischen Zuständen eigenthümlichen Verhalten nicht immer die nöthige Beachtung geschenkt wird; z. B. können ähnliche Zustände auch bei postraumatischen Neuropsychosen beobachtet werden, wenn sie auch wohl selten in so überaus crasser Weise sich zeigen dürften, wie bei dieser seit Jahren geisteskranken Person. Immerhin kann bei solchen Kranken leicht für beabsichtete Aggravation gehalten werden, was mit zum Symptomencomplex des Krankheitsbildes gehört.

Nach dieser ausführlichen Behandlung der Sehstörung kann ich mich, was die Sprache anbetrifft, etwas kürzer fassen. Die Sprachstörung ist genau in derselben Weise aufzufassen wie die Sehstörung; es handelt sich nicht um ein „bégaiement hystérique“, sondern um ein „bégaiement hypochondriaque“, wenn ich so sagen darf. [1])

Wir sehen eine hochgradige Beeinträchtigung der Beweglichkeit der Gesichtsmuskulatur und der Zunge beim Kauen, welche eigenthümlicher Weise beim Essen sich nicht bemerkbar macht, und beim Sprechen nur unter gewissen Umständen.

Wir können bei der oben ausführlich geschilderten Sprachstörung drei verschiedene Stadien unterscheiden. In dem ersten stammelt Pat. beim spontanen Sprechen, wie beim Nachsprechen; in dem zweiten spricht sie nur mit dem Arzte stammelnd, nicht aber mit ihrer Umgebung, oder wenn sie Monologe hält. Im dritten tritt das Stammeln nur beim Nachsprechen hervor.

Ausser dem Stammeln, das sich ohne Schwierigkeit und der eingeschränkten Beweglichkeit der dem Sprechen dienenden Muskulatur erklärt, ist noch die eigenthümliche Manier hervorzuheben, in welcher die einzelnen Buchstaben des Alphabets ausgesprochen werden. Es beruht diese Erscheinung offenbar auf unzweckmässigen Nebenbewegungen hauptsächlich der Zunge.

Die hypochondrische Natur der Sprachstörung wird sehr hübsch

---

1) Anm. Aehnliche Fälle von hypochondrischer Sprachstörung sind von Klinke beschrieben worden: Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie. 1891. p. 288.

illustrirt durch einen Umstand, welcher sich im dritten Stadium zeigte, dass nämlich Pat. unmittelbar, nachdem sie ein Wort verstümmelt vorgebracht hatte, wie z. B. Haut für Haus, spontan hinzufügt: „Haus kann ich nicht sagen.“ Es bildet dies ein Anologon zu manchen bei Prüfung des Gesichtssinnes hervorgetretenen Eigenthümlichkeiten.

Zum Schluss noch einige Worte über die Suggestibilität der Pat.

Ebenso wie die beiden Pat. von Moebius sich der Hypnose gegenüber unzugänglich zeigten, so auch die Z.; es ist dies ein Verhalten, wie es meines Wissens die meisten an hypochondrischen Zuständen Leidenden an den Tag legen. Auf gewisse Suggestionen im wachen Zustande ging die Z. allerdings ein; auch hier ist es wiederum interessant, dass nur solche Suggestionen gelangen, welche den Zustand der Pat. nicht verbesserten (Augen nicht aufmachen können etc.); Suggestionen, welche darauf zielten, eine Besserung des Zustandes herbeizuführen, misslangen ausnahmslos. Hierzu rechne ich auch den therapeutischen Versuch mit dem galvanischen Strom.

Wenn Moebius die Akinesia algera der „Paranoia im weitesten Sinne“ zurechnet, so kann man ihm darin nur beistimmen.

Bei der Z. bildet die Akinesia algera eine Episode in dem Verlauf einer Paranoia hypochondria; man kann sie wohl direct als hypochondrischen Anfall auffassen. Dass auch ausgesprochene hysterische Erscheinungen auftreten spricht nicht dagegen, das kommt öfters vor; das hypochondrische Element ist es jedenfalls, welches dem ganzen Bilde sein Colorit gibt. Das therapeutische Versuche bei solchen Zuständen ohne Erfolg bleiben, darf nach obiger Auffassung der Krankheit nicht Wunder nehmen.

II.

Zur Verwendung der Marchi'schen Färbung bei pathologischen Präparaten des Nervensystems.

Von Dr. EMIL REDLICH in Wien.

(Aus dem Laboratorium von Professor Obersteiner in Wien.)

Das von Marchi und Algeri[1]) angegebene Färbungsverfahren hat sich heute wohl allgemein Geltung verschafft, da es den von keiner anderen Methode in gleicher Weise gebotenen Vortheil besitzt, die degenerirten respective degenerirenden Nervenfasern und fast nur diese in ungemein präciser Weise zur Darstellung zu bringen. In Deutschland hat die Methode insbesondere durch Singer und Münzer[2]) Verbreitung gefunden, weiters durch Perlia[3]) u. A. Da das Verfahren die Degeneration der Nervenfasern schon in einem sehr

---

[1]) Marchi und Algeri, Sulle degenerazioni discendenti consecutive a lesioni della cortecia cerebrale. Riv. sper. di freniatr. 1885.

[2]) Singer-Münzer, Beiträge zur Kenntniss der Sehnervenkreuzung. Denkschr. d. K. Acad d. W. 55. Bd. 1888 und Beiträge zur Anatomie d. Centralnervensystems. Denkschr. d. K. Ac. d. W. 57. Bd. 1890. Münzer, Casuistischer Beitrag zur Lehre v. d. comb. Systemerkrankung des Rückenmarks. Wien. Klin. Wochenschr. 1892, Nr. 1.

[3]) Perlia, Die Anatomie des Oculomotoriuscentrums beim Menschen. Gräfe's Archiv Bd. 35.

frühem Stadium anzeigt, hat es insbesondere beim experimentellen Studium der Leitungsbahnen und Systeme Verwendung gefunden. Ich habe nun in letzterer Zeit im Laboratorium des Herrn Prof. Obersteiner, dem ich an dieser Stelle für die Ueberlassung des Materiales meinen besten Dank sage, die Marchi'sche Färbung an einer grossen Reihe von pathologischen Präparaten des Nervensystems versucht und bin hierbei zu Resultaten gekommen, die diese Methode auch hier als eine sehr werthvolle kennzeichnen. Das Verfahren besteht bekanntlich darin, dass die Präparate in möglichst kleinen Stücken (etwa 3—4 mm hoch) einer Vorhärtung in 2% Lösung von chromsaurem Kali oder in Müllerscher Flüssigkeit durch etwa 8 Tage (länger schadet auch nicht) unterzogen werden; sie kommen dann für 5—8 Tage in ein Gemisch von 2 Theilen chromsaurem Kali (3%) und 1 Theil Osmiumsäure (1%), bis sie nahezu ganz schwarz geworden sind. Sie werden dann in Alcohol nachgehärtet und in Celloidin oder Photoxylin eingebettet. Am Schnitte zeigt das normale Gewebe einen gleichmässigen, bräunlichen Ton, wobei sich die Nervenfasern und Ganglienzellen ganz gut differenziren.

Nebstbei finden sich auch an normalen Stellen, wie schon Singer und Münzer hervorhoben, in wechselnder Anzahl in manchen Nervenfasern einzelne feine, schwarze Pünktchen. Singer und Münzer sind nicht abgeneigt, diese Punkte als Ausdruck der von Maier gefundenen „normalen Degeneration" anzusehen. Ich fand ganz ähnliche schwarze Punkte auch an normalen, in Osmiumsäure zerzupften peripheren Nerven. Auf dem braunen Grunde heben sich nun degenerirte Partien, Fettkörnchenzellen und das fettige Pigment der Ganglienzellen als tiefschwarz gefärbt ab. Die degenerirte Nervenfaser ist entweder noch als solche zu erkennen, gekennzeichnet durch das Auftreten kleinerer und grösserer schwarzer Kugeln in ihrer Markscheide, oder es finden sich an ihrer Stelle nur mehr die Reste des Degenerationsvorganges, bestehend in grossen schwarzen Markballen, Fettkörnchenzellen und feinerem Detritus. Singer und Münzer haben bereits darauf hingewiesen, dass manchmal, wahrscheinlich durch Druck postmortal veranlasst, grössere Schollen und Klumpen sich bilden, die sich aber nur schwach färben; ich fand ähnliches, besonders an der Austrittsstelle der Nerven, an künstlichen Lücken u. s. w. Bei einiger Vertrautheit mit der Methode wird aber dieses Vorkommniss nicht leicht zu Täuschungen Veranlassung geben. Der chemische Vorgang bei der Marchischen Färbung dürfte derart sein, dass das normale Nervenmark mit dem chromsauren Kali eine Verbindung eingeht, wodurch es die Fähigkeit, mit Osmiumsäure sich schwarz zu färben, verliert. Fett und die Zerfallsproducte des Nervenmarkes gehen diese Verbindung mit Chromsäure nicht ein und färben sich also schwarz. Der chemische Process bei der Nervendegeneration ist zwar heute noch nicht aufgeklärt; wahrscheinlich aber handelt es sich um das Auftreten fettähnlicher Körper; vielleicht spielt das Lecithin, das nach Gad und Heymans [1]) einen wichtigen Bestandtheil des Nervenmarkes bildet und dessen Schwarzfärbung durch Osmiumsäure bedingt, hierbei eine Rolle. Ich habe bereits erwähnt, dass sich auch das Pigment der Ganglienzellen, z. B.

---

[1]) Ueber das Myelin, die myelinhaltigen und myelinlosen Nervenfasern. Arch. f. Anat. u. Phys. Phys. Abth. 1890.

in der Hirnrinde, in den Vorderhörnern, den Spinalganglien tiefschwarz färbt, mit ein Beweis dafür, dass das Pigment derselben fett oder ein fettähnlicher Körper ist.

Von pathologischen Fällen kommen für die Marchische Methode natürlich zunächst frische, nicht lange bestehende in Betracht; aber auch ältere Fälle sind durchaus nicht belanglos; da einerseits auch bei chronischen Fällen die Veränderungen nicht immer gleich alt sind, sondern neben den älteren oft frische Degenerationen sich finden, andrerseits gewisse Endproduckte des Degenerationsvorganges sich lange, oft Jahre hindurch erhalten; es sind dies grössere und kleinere „Markballen" und Fettkörnchenzellen. Das Vorhandensein von Fettkörnchenzellen hat in der älteren pathologischen Anatomie des Nervensystems bei dem Mangel anderer geeigneter Methoden eine grosse Rolle bei der Beurtheilung der Ausbreitung eines pathologischen Processes gespielt. Die modernen Präparationsmethoden, besonders das Einlegen der Präparate in Alkohol machen dieselben zum grössten Theile verschwinden, und ich betrachte es als einen grossen Vortheil der Marchischen Methode, dass sie uns im einzelnen Falle genauen Aufschluss über das Vorhandensein und die Verbreitung dieser Gebilde gibt. Damit im Zusammenhang steht es, dass uns die Marchische Färbung bei einer grossen Anzahl von Processen über die Ausbreitung der Veränderung gerade sogut Aufschluss gibt, als die anderen Methoden; sie stellt sozusagen ein Positiv der Palschen Färbung dar, mit allen Vortheilen eines Positivs. Dies gilt z. B. für die secundären Degenerationen. In einem Falle von Compressionsmyelitis im unteren Brustmark mit auf- und absteigenden Degenerationen fand sich an der Compressionsstelle nahezu die ganze weisse Substanz durchsetzt von zahlreichen grösseren und kleineren schwarzen Punkten und Schollen, die den Resten des zerfallenen Mark entsprachen. Die Ausbreitung des Processes und die vorwiegende Betheiligung der weissen Substanz war ungemein deutlich. Ein gleiches gilt von den secundären Degenerationen in dem nämlichen Falle; ich möchte hier nur auf gewisse Einzelnheiten aufmerksam machen. Im Halsmarke fand sich Degeneration der Goll'schen Stränge in der bekannten Weise und Degeneration der Kleinhirnseitenstrangbahn; das Areale der letzteren war aber entschieden grösser als man es für gewöhnlich der Kleinhirnseitenstrangbahn zuschreibt; es erstreckte sich weiter nach vorne bis gegen den Vorderstrang, wiewohl es sich hier gleichsam auflöste, indem die Markreste und Körnchenzellen weniger dicht standen und Raum liessen für normale Fasern. Auch Münzer macht in seinem Falle von combinirter Systemerkrankung auf diesen Umstand aufmerksam und neigt zu der Annahme, dass nebst der Kleinhirnseitenstrangbahn auch der Gowersche Strang degenerirt sei; möglicherweise ist aber auch das Terrain der Kleinhirnseitenstrangbahn grösser, als für gewöhnlich angenommen wird. Im Lendenmark fand sich nun nebst der Degeneration der Pyramidenstränge auch noch ein schmales Feld am hinteren Septum, bis gegen die hintere Commissur sich erstreckend, degenerirt. Sollte es sich hier um absteigende Degeneration in den Hintersträngen handeln? Darüber können erst weitere Beobachtungen Klarheit schaffen. Hie und da sah man einzelne degenerirte Nervenfasern, durch eine dichte Reihenfolge schwarzer Punkte in der Markscheide deutlich gekennzeichnet, aus den Seitensträngen nach der grauen Substanz ziehen.

Aehnliches sah ich in einem Falle von beiderseitiger absteigender Degeneration der Pyramidenstränge, wo nebst solchen Fasern auch Fasern aus dem Vorderstrange durch die Commissur nach der grauen Substanz der anderen Seite verfolgt werden konnten. Dies sind Einzelnheiten, die eben nur die Marchische Färbung zeigt und deren Studium vielleicht einmal näheren Aufschluss über die secundäre Degeneration geben kann.

Der letztgenannte Fall, der einen lange bestehenden Process darstellte, zeigte im Uebrigen das Bild, wie wir es bei solchen alten Fällen finden. Hier war die Anzahl der schwarzen Flecke im degenerirten Bezirke sehr gering; derselbe erschien blass. ohne Structurbild, während letzteres in den gesunden Partieen deutlich zu sehen war. Also auch in solchen Fällen ist die Ausbreitung der Degeneration ganz schön zu verfolgen. So war es auch in einem Falle von hochgradiger multipler Sclerose; eigentliche Degenerationserscheinungen fehlten; nur die Blässe und der Mangel der normalen Zeichnungen schieden die erkrankten von den gesunden Partien.

Sehr schön war die aufsteigende Degeneration in den Hintersträngen zu verfolgen in zwei Fällen von Compression der Cauda equina.

Auf einen interessanten Befund möchte ich etwas genauer eingehen, nämlich die Degeneration vorderer Wurzelfasern auf ihrem Zuge vom Vorderhorne nach der Peripherie, sowie im Vorderhorne selbst; die eigentliche vordere Wurzel erschien in solchen Fällen ebenfalls degenerirt, wenn auch im geringerem Masse. Ich fand eine solche unzweideutige Degeneration vorderer Wurzelfasern im Lendenmarke bei dem oben erwähnten Compressionsmyelitis im Hals- und Lendenmarke, in einem Halse von Hinter- und Seitenstrangaffection bei progressiver Paralyse, in einem Falle von Tabes dorsalis, angedeutet in dem Falle von absteigender Pyramidenstrangdegeneration, besonders schön aber in einem der Fälle von Compression der Cauda equina. Hier fanden sich im Lendenmarke der grösste Theil der vorderen Wurzelfasern von der Peripherie an durch den Vorderstrang bis in das Vorderhorn, sowie in demselben selbst degenerirt. Die Degeneration war eine ganz unzweideutige; sie kennzeichnete sich durch ein massenhaftes Auftreten grösserer und kleinerer schwarzer Ballen in den Nervenfasern.

Bei dem Umstande, dass Degenerationen vorderer Wurzelfasern für gewöhnlich nur nach Affection der entsprechenden Vorderhornzellen erfolgen, lag es nahe an eine solche zu denken. Dieselben zeigten aber, wie mich anderweitig behandelte Präparate derselben Gegend lehrten, durchaus keine bemerkbare Veränderung. Auffällig war es, dass diese Affection der vorderen Wurzelfasern in dem Falle von Compression der Cauda equina sich gerade da fand, wo auch die hinteren Wurzeln resp. die Hinterstränge hochgradige Veränderungen zeigten. Sollte vielleicht diese Degeneration der vorderen Wurzelfasern Folge der Compression der Wurzeln sein; dies wäre eine aufsteigende Degeneration in motorischen Partieen, die ja auch schon von anderer Seite in gewissem Sinne behauptet wurde. Woher aber dieselbe Degeneration, wenn auch nicht so weit vorgeschritten, in den anderen Fällen z. B. bei der Tabes? Erwähnen möchte ich, dass Pick nach brieflicher Mittheilung an Hoche bei Paralys. progr. ebenfalls häufig Degeneration vorderer Wurzelfasern in ihrem intraspinalen Verlaufe sah. Dies sind Fragen, deren Beantwortung heute unmöglich ist, die uns aber gewisse Aussichten

zu einem Verständnis mancher dunklen Punkte in der pathologischen Anatomie erschliessen können. So ist es nicht unmöglich, dass die in neuerer Zeit gefundene Degeneration peripherer motorischer Nerven bei Tabes mit dieser Degeneration vorderer Wurzelfasern im Rückenmarke in einem ursächlichen Connex stehen. Bei Tabes dorsalis fanden sich übrigens meist, was aus der langjährigen Dauer des Processes zu erklären ist, die degenerirten Bezirke im Rückenmarke blass, ihr Structurbild verschwunden, die Degenerationsproducte zum allergrössten Theile fehlend; das Bild erinnerte an das bei Palscher Färbung; auch die hinteren Wurzeln erschienen ganz blass. Immerhin konnte man über die Ausbreitung des Prozesses sich ganz gut orientiren. In frischeren Fällen war das Bild lehrreicher: hier fanden sich noch hinreichend Degenerationsreste, man konnte einzelne der degenerirten hinteren Wurzelfasern auf ihrem Zuge eine Strecke weit verfolgen.

Von pathologischen Processen des Gehirnes versuchte ich die Methode zunächst bei der progressiven Paralyse. Ich hoffte Stadien zu finden, wo noch einzelne degenerirte Fasern im Marke z. B. in der Tangentialschichte, deutlich zu verfolgen wären, und damit vielleicht näheren Aufschluss über den Gang und die Ausbreitung des Processes zu gewinnen. Die Resultate entsprachen nicht meinen Erwartungen. Dies mag zum Theil an der Auswahl der Präparate liegen. Seh rhübsch zeigten sich jedoch in diesen Fällen, wie an anderen Gehirnpräparaten die Veränderungen an den Gefässen mit Ablagerung von Fettkörnchenzellen und Fetttröpfchen an denselben, das Pigment der Ganglienzellen, das in Form feinster schwarzer Körnchen oft nahezu die ganze Zelle erfüllte.

Ein sehr prägnantes Bild liefert die Encephalomalacie; die Reste des zerfallenen Markes, theils frei liegend, theils eingeschlossen in Zellen, färben sich tief schwarz und zeigen uns die Ausbreitung und Intensität des Processes in schönster Weise.

Sehr werthvoll ist endlich diese Methode für die Untersuchung des peripheren Nervensystems; selbst vereinzelte degenerirte Fasern heben sich sehr schön heraus, wie ich mich in einem Falle von multipler Nervendegeneration bei Myelitis überzeugte.

Solche Schnitte lassen sich auch mit Carmin oder Fuchsin nachfärben, wodurch man über den Zustand des Bindegewebes Aufschluss bekommt. Selbstverständlich lassen sie sich auch zupfen. Ob das Bild bei peripherer Neuritis hiebei in voller Uebereinstimmung mit den gewöhnlichen Osmiumpräparaten steht, müssten erst weitere Versuche lehren. Empfehlen möchte ich auch die Methode für das Studium der Veränderungen an den Spinalganglien; ich habe dieselbe an Spinalganglien bei Tabes versucht, ohne freilich vorläufig zu besonderen Resultaten gekommen zu sein.

Ich begnüge mich mit diesen Hinweisen, die nur den Zweck haben sollen, die Marchische Färbung als eine unterstützende Methode nebst den üblichen bei allen pathologischen Präparaten zu empfehlen. Wird sie auch in der Mehrzahl der Fälle nur dasselbe, wenn auch in anderer Form wie die anderen Methoden lehren, so kann sie in anderen Fällen Einzelnheiten zeigen, deren Studium vielleicht unsere Einsicht in die Pathogenese der krankhaften Processe zu erweitern vermag.

II. Referate und Kritiken.

82) Prof. **Fürstner** und Dr. **Knoblauch** in Heidelberg. Ueber Faserschwund in der grauen Substanz und über Kerntheilungsvorgänge im Rückenmarke unter pathologischen Verhältnissen.

(Archiv f. Psych. XXIII. p. 135—152.)

Im Anschluss an die Studien von Fürstner über die Veränderungen in der grauen Substanz des Rückenmarkes bei Erkrankung der Seitenstränge wurden zunächst in der Voraussetzung, dass bei Erkrankung nur eines Seitenstranges die Differenz besonders deutlich hervortreten würde, eine Reihe von Fällen von secundärer absteigender Degeneration bei cerebralen Herden untersucht. Es zeigte sich jedoch stets bei genauerer Untersuchung auch eine Betheiligung des andern Seitenstranges, so dass also die Voraussetzung einseitiger Seitenstrang-Degeneration nicht zutraf.

Um auf experimentellem Wege möglichst deutliche Präparate zu erhalten, wurden eine Reihe von halbseitigen Rückenmarksdurchschneidungen vorgenommen. Es zeigte sich jedoch hierbei gegen die Absicht eine über den ganzen Querschnitt ausgedehnte Myelomalacie. Nachdem dieser Versuch, den gewünschten Zustand einseitiger Degeneration herzustellen, misslungen war, wurde bei Hunden Exstirpation des Gyrus sigmoides vorgenommen, worauf isolirte Degeneration des entgegengesetzten Seitenstranges ohne jede Betheiligung der gleichnamigen Seite eintrat. Im unteren Hals- und oberen Brustmark war das Gesammtvolumen des Seitenhornes namentlich im Querdurchmesser reduciert. In einigen Schnitten wurden die Veränderungen weniger ausgeprägt gefunden, es wurde jedoch niemals ein Seitenhorn mit Faserschwund auf einer Rückenmarkshälfte gefunden, deren Seitenstrang intact war.

Nach diesen Fürstners frühere Feststellung bestätigenden Befunden wurden weiterhin die histologischen Veränderungen bei der secundären Degeneration besonders bei der transversalen Myelomalacie nach halbseitiger Rückenmarks-Durchschneidung studiert. Dabei stehen die Kerntheilungsfiguren im Vordergrunde. Es ergab sich die Aufgabe, festzustellen, in welchem Umkreis von der Läsion die zelligen Elemente des Centralnervensystems auf den traumatischen Reiz durch Kerntheilungsvorgänge reagiren. Zu diesem Zweck wurde das Rückenmark mit einer glühenden Nadel direkt durchstochen. Das Resultat der Beobachtung wird p. 150 dahin präcisiert, dass die Fragmentirung die Proliferationsvorgänge der Zellen einleitet, und allmählich durch die mitotische Kerntheilung ersetzt wird. Eine Betheiligung der Ganglienzellen an dieser Proliferation fand bei den untersuchten Thieren nicht statt. Sommer (Würzburg).

83) Dr. **Emil Redlich.** Zur pathologischen Anatomie der Syringomyelie und Hydromyelie. (Aus dem Laboratorium von Prof. Obersteiner in Wien.) (Separat-Abdruck aus „Zeitschrift für Heilkunde" Bd. XII. 1891)

I. Syringomyelie.

Fall 1; 58jährige Frau, seit 3 Jahren Schwäche der oberen Extremitäten, Empfindlichkeit der Hände gegen Kälte; seit $1^1/_2$ Jahren Schmerz und Schwäche in der rechten Schulter; vor 6 Wochen Anfall von Bewusstlosigkeit; seitdem Lähmung beider Arme mit allmählig eingetretener Contractur der Gelenke dieser Glieder und Abmagerung der Hände.

Stat. präs. Absolute motorische Lähmung beider Arme mit Beugecontractur aller Gelenke rechts und der Fingergelenke allein links. Rechts ist die Contractur schwerer zu beseitigen. Oedem der rechten Hand; die Muskulatur der Hände und die der Streckseiten der Vorderarme atrophisch. Bei Beklopfen der Mm. der Oberarme lebhafte Contraction. Sensibilität überall intact; Patellarreflex beiderseits gesteigert; beiderseits Fussclonus. Starb 14 Monate nach Aufnahme des Status an Dysenterie.

Die Untersuchung des Rückenmarks an Schnittserien zeigte eine hauptsächlich auf die graue Substanz beschränkte Höhlenbildung, die ihre grösste Ausdehnung von 13 mm Frontaldurchmesser in dem von vorn nach hinten bandartig zusammengedrückten oberen Halsmark hatte. Nach unten nimmt die Höhle an Grösse ab; zieht auf die linke Seite und beschränkt sich im Dorsalmark, in dessen unteren Hälfte sie endet, auf das linke Hinterhorn. Nach oben reicht sie in die Mitte der Pyramidenkreuzung, hat hier einen centralen Sitz und rückt mehr nach hinten. In ihrer ganzen Ausdehnung liegt der Centralkanal vor der Höhle und hat nirgends Zusammenhang mit dieser: keine Spur von Epithelbelag in der Höhle.

Verf. glaubt, dass die Höhle aus einem regressiven Gewebszerfall hervorgegangen sei, der in der hochgradigen Gefässveränderung seine Ursache habe. Die Vorder- und Hinterhörner zeigen Abnahme der Markfasern und Ganglienzellen, Degeneration der Pyramidenstränge, besonders des rechten, sowie aufsteigende Degeneration der linksseitigen Kleinhirnseitenstrangbahn und Clarke'schen Säule.

Fall 2: zufälliger Sectionsbefund. Höhle vom obersten Halsmark bis zu Beginn des Lendenmarks, nirgends Epithelbelag zeigend. Das Rückenmark ist sehr unregelmässig gestaltet. Der Centralkanal zieht vor der Höhle hin, die nach dem l. Hinterhorn, nach den Hintersträngen, sowie nach vorn zu Fortsätze aussendet. Degeneration der Hinterstränge und Theile der Pyramidenseitenstrangbahnen.

II. Hydromyelie.

Fall 1: Im Rückenmark eines 45jährigen Mannes Erweiterung des Centralkanals im mittleren Dorsaltheil zu einer kleinen frontal gestellten, mit zahlreichen Ausbuchtungen versehenen und mit einfacher Epithellage ausgekleideten Höhle. Im Hals- und oberen Brustmark Wucherung der Epithelzellen des Centralkanals.

Fall 2: 51jährige Frau. Im oberen Dorsalmark Erweiterung des Centralkanals mit zahlreichen kleinen Ausbuchtungen und seitlicher Wucherung des Epithels. Im Niveau des 7. Brustwirbels graue Commissur stark verbreitert, in ihrer Mitte ein grösserer Hohlraum und noch vier kleinere

unregelmässige Höhlen, alle mit Epithel ausgekleidet. Etwas tiefer alle Höhlen zu einer verschmolzen, die mehrere Fortsätze nach hinten, besonders in das rechte Hinterhorn aussendet. Im Lendenmark stärkere Epithelwucherung des Centralkanals.

Fall 3: Fall von typischer Tabes im Rückenmark einer 61jährigen Frau. In der verbreiterten grauen Substanz des oberen Brustmarks grössere Epithelwucherungen z. T. Höhlen enthaltend. Am 5. und 6. Brustwirbel eine grössere Höhle an einer Seite von Epithel bekleidet, an der andern in ein rarefizirtes, fibrilläres Gewebe übergehend, in dem stellenweise Epithelwucherungen liegen. Im Lendenmark schmilzt der Centralkanal zu einem Haufen gewucherten Epithels ohne Lumen zusammen.

Die zwei ersten Fälle hält Verf. für congenitale Bildungen; im letzten hält er eine geringe Erweiterung des Centralkanals und Wucherung seines Epithels für angeboren; den Hauptgrund der Höhlenbildung sieht er in der Rareficirung des Gewebes der grauen Commissur, auf dessen Kosten sich der Canal erweitert hat. Die Ursache der Affection der grauen Commissur sucht er in der hochgradigen Tabes, die zu Circulation- und Ernährungsstörungen in der periependymären Substanz geführt habe.

Leider sind der Arbeit keine Abbildungen beigegeben und ist es recht schwierig, von den geschilderten Zuständen sich ein richtiges Bild zu machen.

Dr. Feist.

---

84) **Moebius.** Ueber infantilen Kernschwund.

(Münchener med. Wochenschrift, Jahrgang 39 Nr. 2.)

M. hat zur Lösung der Frage, ob die Ophthalmoplegia exterior, welche fast immer in der Jugend, sehr oft im frühen Kindesalter eintritt, als infantiler Kernschwund aufzufassen und dann so zu benennen wäre, aus der Literatur und der eigenen Beobachtung die einschlägigen Fälle gesammelt. Dieselben sind gruppenweise vereinigt und mehr oder minder eingehend referirt. Ich führe hier nur die Ueberschriften der einzelnen Gruppen an. Die erste umfasst 1.) 9 Fälle von Ophthalmoplegia exterior in der Jugend oder Kindheit entstanden, 2.) 8 Fälle von angeborener Ophth. ext., 3.) 3 Fälle von in der Kindheit entstandener Ophth. ext. mit Facialislähmung, 4.) 1 Fall von angeborener Ophth. ext. mit Facialislähmung, 5.) 1 Fall von in der Jugend entstandener Ophth. ext. mit Facialislähmung und anderweitiger Muskellähmung. In der 2. Gruppe sind 1.) 5 Fälle von angeborener und 2.) 1 Fall von in der Kindheit entstandener doppelseitiger Abducens-Facialislähmung. Die 3. Gruppe betrifft 4 Fälle von doppelseitiger angeborener Abducenslähmung; die 4. Gruppe 2 Fälle doppelseitiger Oculomotoriuslähmung. Die 5. Gruppe betrifft 1.) 2 Fälle von angeborener doppelseitiger Ptosis, 2.) 2 Fälle von in der Jugend entstandener doppelseitiger Ptosis; die 6. Gruppe 4 Fälle von angeborener einseitiger Abducenslähmung, die 7. Gruppe 2 Fälle von einer besonderen Form von einseitiger angeborener Ptosis.

In allen Fällen besteht eine Augenmuskellähmung, ferner ist allen gemeinsam, dass der Sphincter iridis frei bleibt, auch dass der M. ciliaris fast immer verschont ist. Auch ist nie eine Störung der Empfindlichkeit vorhanden gewesen. Ferner ist meist bemerkt, dass die Patienten, ab-

gesehen von ihrer Lähmung, ganz gesund waren. Der infantile Kernschwund entwickelt sich immer langsam und ohne weitere Beschwerden. Eine acut entstandene Lähmung gehört nicht zum infantilen Augenmuskelschwund. Krampfhafte Erscheinungen, Störungen des Allgemeinbefindens fehlen während der Entwicklung ganz. Es spricht demnach dafür, dass die Mehrzahl der mitgetheilten Fälle einer Krankheit angehört, sowohl das Symptomenbild und die Entwicklung als auch der Verlauf. Was die Diagnose betrifft, so hat man sich namentlich bei Erwachsenen vor einer Verwechslung mit durch Syphilis verursachten Lähmungen zu hüten. Gegenüber der tabischen Ophthalmoplegie gibt es meist genügende differentielldiagnostische Merkmale.

Die pathologische Anatomie ist noch mangels eines Sectionsbefundes unbekannt. Die Art der Läsion besteht wahrscheinlich in einer Atrophie, einer langsamen Necrose der nervösen Theile. Die Betrachtung über die Aetiologie bewegt sich durchweg auch nur auf hypothetischem Gebiete.

Ascher.

---

85) Dr. Gierlich (Strassburg). Ueber secundäre Degeneration bei cerebraler Kinderlähmung.

(Arch. f. Psych. XXIII p. 201—225.)

Verf. geht von der Thatsache aus, dass die absteigende Degeneration bei Thieren nach Exstirpation der motorischen Rindenpartieen sich anders verhält, je nachdem man erwachsene oder neugeborene Thiere wählte. Im letzteren Falle handelte es sich um ein quantitatives Zurückbleiben, nicht um qualitative Veränderungen der motorischen Bahn. Im Anschluss hieran wirft Verf. die Frage auf, pg. 203, ob auch beim Menschen die secundären Veränderungen im Gehirnstamm, Medulla oblongata und spin. bei Entstehung von cerebralen Herden in der Jugend andere Verhältnisse darbieten, als wie sie nach Hirnläsionen im Alter oben beschrieben worden sind. Verf. untersuchte das Centralnervensystem eines 28jährigen Mannes, welcher in den ersten Lebensjahren eine cerebrale Kinderlähmung erlitten hatte, nach der die rechten Extremitäten im Wachsthum zurückgeblieben waren. Der porencephalische Defekt fand sich bei völlig normaler Rinde in der Marksubstanz lateral von den grossen Stammganglien linkerseits.

Schon makroskopisch deutliche Verschmälerung der Pyramidenbahn, ohne dass durch Chromsäurefärbung ein hellerer Farbenton wie bei degenerirten Partieen aufgetreten wäre. Zum Vergleich diente die Untersuchung des Rückenmarkes einer 67jährigen Frau, welche 3 Jahre vorher eine linksseitige Hemiplegie bekommen hatte. Verfasser kommt entsprechend den erwähnten Befunden nach Thierexperimenten zu dem Resultat: Dass nach der in der Kindheit entstandenen Zerstörung der motorischen Bahn in der capsula interna zwar eine Verkümmerung, keineswegs aber Produkte einer Degeneration gefunden wurden, dass die erhaltenen Fasern kein abnormes Aussehen bieten und dass die Zahl der Nervenfasern in der verkleinerten Pyramidenbahn eine geringere ist als in der gesunden, wobei der Unterschied der Fasern im Pons am bedeutendsten war. In Bezug auf die Entstehung der unterschiedlichen Verhältnisse bemerkt Verf. Folgendes; „Es liegt nun die Annahme nahe, dass bei Vernichtung des motorischen Cen-

trums im embryonalen Leben oder in der Kindheit die Umkleidung der Axencylinder sistirt, diese selbst zu Grunde gehen und bei dem kräftigen Stoffumsatz, der in dieser Lebensperiode herrscht, der Resorption anheimstellen, ohne dass eine reactive Entzündung des Zwischengewebes sich einstellt.

Sommer (Würzburg).

---

86) **H. Charlton Bastian** (London). Lectures on the various forms of hysterical or functional paralysis. (Die verschiedenen Formen hysterischer oder functioneller Paralyse).

(The Lancet 10., 17., 24., 31. Oct. 1891.)

Bastian vertritt bezüglich der Centren der Central-Windungen die Ansicht, dass sie nicht rein motorisch, sondern sensorisch sind, dass sie Centren des Muskelsinns sind. Ein Nichtfunctioniren dieser Centren bedingt Verlust des Muskelgefühls in den entsprechenden Theilen des Körpers und die dabei entstehende motorische Lähmung wird durch Verlust dieses Muskelgefühls hervorgebracht. Die Centren können durch organische Erkrankung (nach Operationen: Victor Horsley) wie durch functionelle Erkrankung geschädigt werden. Desgleichen können functionelle Paralysen entstehen durch heerdweise functionelle Störung der motorisch-sensorischen Hirn-Rückenmarksbahnen an irgend welcher Stelle, gerade wie auch irgend beliebig eine organische Heerd-Erkrankung dieser Bahnen auftreten kann. Aus der sehr lesenswerthen grossen Arbeit B.'s sei hier eine kurze Aufzählung der Arten der functionellen Lähmung mit einem Ueberblick ihrer hauptsächlichsten, klinischen Charactere wiedergegeben. Bastian theilt die entsprechenden Fälle in folgender Weise:

A. Fälle von functioneller Paralyse cerebralen Ursprungs.

Arten:	Symptome:
1. Affection beschränkt auf die kinaesthetischen Centren der Rolando'schen Windungen.	Verlust des Muskelsinns mit motorischer Lähmung. Desgleichen geringer Verlust der Berührungsempfindung und mangelhaftes Localisationsvermögen.
2. Wie 1.; dazu Affection der sensorischen Region der capsula interna.	Wie 1.; dazu mehr oder weniger vollständige Hemianästhesie. (Schlaffe oder spastische Lähmung).
3. Affection beschränkt auf die sensorische Region in der capsula interna.	Keine motorische Lähmung. Mehr oder weniger vollständige Hemianästhesie (oberflächlich und tief; die letztere einschliesslich Verlust des Muskelsinns).
4. Affection der efferenten Fasern der Kinaesthetischen Centren der Rolando'schen Windungen.	Aphemie oder „hysterischer Mutismus". Bei alleiniger Extremitätenlähmung kein Verlust des Muskelsinns.
B. Fälle von functioneller Paralyse spinalen Ursprungs.	
5. Affection der Pyramidenbahn im Rückenmark.	Spastische Paralyse; ohne deutlichen Verlustdes Muskelsinns. Keine Hemianästhesie oder andere cerebrale Symptome.

6. Affection der Vorderhörner in bestimmten Rückenmarkssegmenten.	Schlaffe motorische Lähmung mit oder ohne etwas Sensibilitätsstörung. Keine deutliche Hemianästhesie; kein ausgesprochener Verlust des Muskelsinnes.

Zu allen Arten werden Belegfälle aus eigener Beobachtung mitgetheilt; die Fälle sind ausserordentlich eingehend beschrieben. Ein Referiren derselben an dieser Stelle würde zu viel Platz erfordern. Es muss deshalb auf dieselben verwiesen werden. Zum Schluss bespricht B. die Prognose und Therapie dieser functionellen Lähmungen. Erstere ist meist günstig. Es kann aber auch bei langer Dauer die functionelle Erkrankung in eine organische unheilbare übergehen. Die Behandlung richtet sich hauptsächlich auf Kräftigung des allgemeinen Ernährungszustandes und des Willens. Daneben werden Bäder, Electricität, Massage etc. empfohlen.

R. Wichmann (Braunschweig).

---

87) Dr. **Friedmann** (Mannheim). Ueber eine besonders schwere Form von Folgezuständen nach Gehirnerschütterung und über den vasomotorischen Symptomenkomplex bei derselben im Allgemeinen.

(Arch. f. Psych. Bd. XXIII. pg. 250—267.)

In zwei Fällen, bei einem 27jährigen Mann und einer 30jährigen Frau wurde nach mässiger Erschütterung des Kopfes folgender schwere Symptomenkomplex beobachtet. 1) Lähmung von Gehirnnerven, 2) Paroxysmen von Kopfschmerz und Schwindel, 3) allmählige psychische Beeinträchtigung, 4) Eintreten Meningitis — ähnlicher Attaquen. Im ersten Fall Exitus letalis in einem akuten Anfall 11 Monate nach der Verletzung, im zweiten Fall exitus 5 Tage nach Trepanation, welche in der Annahme, dass es sich um eine Splitterung der Glastafel mit Meningitis handele, gemacht worden war. Mikroskopische Untersuchung nur im ersten Fall. Es wurden keine groben Zerstörungen, sondern nur geringere aber diffuse Veränderungen am Gefässsystem gefunden; excessive Hyperämie und Blutaustritte, lacunäre und aneurysmatische Erweiterung des Lumens, Ausdehnung der Gefässscheide und Erfüllung mit Blutpigment und Rundzellen, Adventitiazellenwucherung, hyaline Entartung der Wände. Verfasser kommt zu dem Resultat (p. 251). „Wenn irgend ein Gehirntrauma zu diffusen Veränderungen in dem Organ führt, so ist es in erster Linie das Gefässsystem, welches in morphologisch kenntlicher Weise, ergriffen wird." — Es folgt darauf eine Besprechung der Lehren über die traumatische Neurose unter Heranziehung von 4 weiteren leichter verlaufenden Fällen, in denen vasomotorische Störungen im Vordergrund standen.

Sommer (Würzburg.)

---

88) **Bourneville et Sollier.** Deux nouvelles observations d'hystérie mâle.

(Arch. de Neurologie 1891 November.)

Von den beiden in Bicêtre gemachten Beobachtungen betrifft die erste einen 17jährigen Juden mit starker Belastung, indem Vater und Grossvater Alkoholisten waren, die Mutter Migräne hatte, die Geschwister nervösen Zufällen verschiedener Art unterworfen waren. Pat. entwickelte sich sehr langsam, war faul, böswillig, unbegabt, lügnerisch und jähzornig. Mit einem

Jahr litt er an grossen Anfällen und war wegen verschiedener in einem Dämmer-Zustand begangener Vergehen belangt worden. Es waren Sensibilitätsstörungen, Gesichtsfeldseinschränkung, Dyschromatopsie etc. bei ihnen nachweisbar.

Der zweite Fall betrifft einen neuropathisch schwer belasteten 18jährigen Menschen. Im Alter von 13 Jahren hatte derselbe Angstvorstellungen, darauf hystero-epileptische Anfälle. Dieselben begannen mit einem Schlafzustand, es folgt Hemiparese, Hemianästhesie, Spasmen in verschiedenen Muskeln, es trat allmählig häufiger Stimmungswechsel auf, zeitweise Selbstmordideen, Hallucinationen und zum Schluss der Anfälle grands mouvements.

Otto.

---

89) **A. Neumann** (Berlin). Zur Kenntniss der Hysteria magna virilis traumatica.

(Deutsch. Arch. f. Klin. Med. 92 Hft 1.)

Die Krankheitsgeschichte eines in der Ueberschrift bezeichneten Falles wird ausführlich wiedergegeben.

Ein 38jähriger Lokomotivheizer aus gesunder Familie, verh., Vater zweier gesunder Kinder, welcher abgesehen von Pocken in der Kindheit stets gesund gewesen war, erlebt im August 1890 einen Zusammenstoss, bei welchem der Lokomotivführer getödtet wird, Patient selbst von der Lokomotive geschleudert wird. Er kommt bei klarem Bewusstsein ins Krankenhaus und ist dort meist gedrückter Stimmung. Zur Zeit als er entlassen wird, das sind 4 Wochen nach dem Unfall, besteht nur noch ein gewisses Schwächegefühl im rechten Arm. Ausserdem bestanden noch die starken Kopfschmerzen, welche schon während der ganzen Zeit den Kranken gequält hatten, fort.

Später entwickelte sich im Anschluss an einen Schreck, welchen das Vorbeifahren einer Lokomotive ausgeübt hatte, ein Krankheitsbild, ähnlich dem der grande hysterie. Pat. schrie des Nachts plötzlich auf: Da kommen die Maschinen, die wollen mich überfahren, hatte häufige Angstzustände, Gefühl von Globus; früher lebhaft, wurde Pat. scheu, ernst, deprimirt. Im Januar 1891 wurde ein Zustand von Stupor mit nachfolgendem Stottern beobachtet; danach tagelang stumm. Vom 18. Februar an mehrere exquisit hysterische Anfälle. 11. März Aufnahme ins Krankenhaus.

Hier ist Pat. deprimirter Stimmung. Die grobe motorische Kraft ist herabgesetzt, dabei besteht gewisse spastische Starre in den Extremitäten; doch keine Lähmungen, keine Contracturen. Die Sprache ist vollkommen unverständlich. Beim Versuch zu sprechen kommt Pat. nicht über den ersten Buchstaben hinaus; dabei gerathen die Lippen bezw. die Zunge in klonische Zuckungen, etwa 4—6 in der Sekunde. Das Stottern ist meist so krampfhaft, dass Pat. das Exspirium aufs Aeusserste verlängert und dabei oft zu einer hochgradigen Asphyxie kommt. Wenn Pat. sitzt, geräth er in klonische Krämpfe, die sich aus einzelnen Oscillationen 6—8 in der Secunde zusammensetzen. Diese Zitterkrämpfe sind am heftigsten, wenn Pat. ausgestreckt auf dem Rücken liegt. Der Tremor wird stärker bei psychischer Erregung des Pat., er wird ausgelöst durch Druck auf den rechten Oberschenkel, inhibirt durch Druck auf die rechte Iliacalgegend. Zu andern

Zeiten bestehen an der Muskulatur des Erector trunci fibrilläre und fasciculäre Muskelzuckungen. Sensibilitätsstörungen bestehen in partieller Anästhesie, Thermoanästhesie und Analgesie. Hyperaesthetisch ist insbesondere eine Zone am rechten Oberschenkel. Das Gesichtsfeld ist hochgradig concentrisch eingeengt, besonders für Farben, links weniger als rechts.

Die Suggestion, dass Pat. am folgenden Tage sprechen könne, war von Erfolg gekrönt. Auch während der Anstaltsbehandlung mehrere schwere hysterische Anfälle.

Die Therapie bestand in Verabreichung von Bromsalzen, lauwarmen Bädern mit kalten Abreibungen und Massage, ferner in methodischen Sprech- und Denkübungen, endlich in electrischer Behandlung.

Pat. wurde am 23. April gebessert entlassen.

N. erörtert nun, handelt es sich um eine traumatische Neurose im Sinne Oppenheims oder Strümpells oder um eine traumatische Hysterie. Wenn auch der Fall nach mancher Richtung den von Oppenheim und von Strümpell beschriebenen entspricht, so wurde doch hier auf Grund der Auseinandersetzungen Strümpells über die hysterischen Erkrankungen sowie in Beachtung der hysterogenen Zonen, der Ovarie, des Globus, der Anfälle die Diagnose auf Hysterie gestellt. Simulation wurde ausgeschlossen, indess unbewusste willkürliche Uebertreibung nicht ganz in Abrede gestellt.

Demnach wurde die Prognose relativ günstig gestellt, ohne dass eine vollkommene Restitutio ad integrum erwartet wurde. Ascher.

---

90) **W. J. Herdmann.** Electricity as a therapeutic agent. What can be done to determine its value?

(The journal of nervous and mental disease. September 1891.)

Verf. bespricht kurz die verschiedene Anwendung, welche die Electricität in den einzelnen Disciplinen der Medicin gefunden hat, und die Erfolge, die damit erzielt worden sind. Dann fordert er als Vorbedingung der Anwendung der Electricität die Erfüllung aller jener Bedingungen, welche von den klassischen deutschen Autoren schon längst aufgestellt worden sind, damit es nicht mehr vorkommen könne, dass ein Prof. der Medicin drei Monate lang mit einem überhaupt nicht geschlossenen galvanischen Apparate arbeite, ein Factum, dem Verf. zahlreiche ähnliche ad nauseam zur Seite stellen könne. Mit Hinblick auf die grosse Ungleichheit der von zahlreichen Firmen gelieferten Apparate, erklärt H. es für sehr wünschenswerth, dass der elektrische Strom, wenn möglich, von einer öffentlichen Electricitätsleitung, genommen werde, eine Einrichtung wie sie ja auch in Berlin schon längere Zeit ausgeführt ist. Strauscheid.

---

91) **A. Marro.** Virtu curativa della suspensione nell' epilessia.

Fall von Neurasthenie mit epileptiformen Anfällen bei einer 25jährigen Kranken, bei der wenige Suspensionen bedeutende Besserungen und Aufhören der Anfälle zur Folge hatten.

Versuche mit Suspension bei andern Epileptikern blieben ohne Erfolg.

Dr. Feist.

---

92) **Marro** und **Rivano.** Le iniezioni di succo di testiculo negli stati di indebilimento mentale.

Verf. schildert die Resultate, die er nach Einspritzung von Thierhodensaft bei vier Geisteskranken mit Darniederliegen der Gehirnthätigkeit (stuporähnliche Zustände) erhalten hat. Dr. Feist.

---

93) Dr. **G.** in M. Aerztliche Suggestion und Analoges.
(Correspondenzbl. für Schweizer-Aerzte 1891. Nr. 20.)

Klare, nüchterne Gedanken über das Wesen der Suggestion, ihre Beziehung zur Hypnose und die Rolle, die die Suggestion im öffentlichen Leben in der Erziehung und in der Therapie einnimmt. Verf. hat vielfach die Suggestion bei Geisteskranken angewandt, doch gelang es nur bei einzelnen Melancholischen und im Anfangsstadium der Verrücktheit therapeutische Erfolge zu erzielen.

Ueber das Zustandekommen der suggerirten Idee hat Verf. die gleichen Ansichten wie Morselli indem er wie dieser eine Gläubigkeit (credulità) des betreffenden Individuum für erforderlich hält. Dr. Feist.

---

94) **L. Lehmann.** Suggestions-Gymnastik.
(Neurol. Centralbl. 1891 Nr. 14.)

Unter Suggestions-Gymnastik versteht L. eine Gymnastik, welche er gelähmten Muskeln zumuthet, zunächst aber mit seinen eigenen Händen, langsam und zuwartend, ausführt.

„Die Aufforderung an den Patienten seine gelähmten Muskeln zur Contraction zu bringen, erzeugt im Gehirn, an Stellen der Bewegungscentren eine deutlich erkennbare Wirkung, die zwar nicht an den gelähmten Muskeln, aber an den analogen der gesunden Körperseite zur Wahrnehmung kommt.“

Mit seinem Verfahren, welches L. genauer beschreibt, hat er in 5 Fällen hochgradiger Hemiplegie (ohne psychische Complication) einigen Erfolg erlangt und zwar einen besseren als bei früheren Patienten, welche mit Balneotherapie, Electricität und Massage behandelt worden waren.

Hoppe (Allenberg).

---

95) **Babinski.** Hypnotisme et Hystérie. Du rôle de l'hypnotisme en thérapeutique.
(Extrait de la Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie, Juillet 1891).

Verf. gibt zunächst eine Uebersicht über die Anschauungen der Pariser Schule hinsichtlich Hypnotismus und Hysterie aus ihren nahen Beziehungen zu einander, um sich dann mit einer Kritik der gegentheiligen Anschauungen insbesondere Bernheims zu beschäftigen. Letzterem macht er zum Vorwurf die männliche Hysterie nicht genügend berücksichtigt und so das Gebiet der Hysterie viel zu eng gefasst zu haben, während andererseits der Begriff des Hypnotismus, von B. gegenüber der Pariser Schule zu weit gefasst sei. Die therapeutische Wirksamkeit der Hypnose, welche nach Verf.'s Ansicht vermöge der nahen Beziehungen derselben zur Hysterie hauptsächlich bei letzterer wahrgenommen wird, ist selbst bei der obengenannten Neurose eine ganz verschiedenartige. Eine grosse Anzahl Hysterischer ist überhaupt

nicht hypnotisirbar, von den übrigen erfahren Manche durch Hypnose gar keine Besserung oder es tritt nur eine theilweise oder nur eine bald wieder verschwindende Besserung ein. Es kommen auch Fälle vor, in denen erst ganz allmählig eine Besserung eintritt und zu schliesslicher Heilung führt, manchmal tritt aber auch sofort eine definitive Heilung ein. Verf. führt zahlreiche hingehörige Krankheitsgeschichten vor. Bei gemischten Formen von organischen Leiden oder Neurosen und Hysterie verschwinden durch Hypnose nur die hysterischen Erscheinungen. Auch sonstige Leiden, welche den Eindruck organischer machen, können durch Hypnose günstig beeinflusst werden, allerdings, wie Verf. meint, weil hier Hysterie vielfach im Spiel ist. Doch gibt Verf. zu, dass auch bei von Hysterie unabhängigen Leiden Hypnose von Wirkung sein kann. (Schmerzen bei Tabes). Gegenüber den von Bernheim in seinen neuesten Schriften mitgetheilten Fällen von therapeutischer Wirksamkeit der Hypnose bemerkt Verf., dass die Diagnose Hysterie, soweit aus den Angaben zu ersehen ist, sicher in bedeutend mehr Fällen zu stellen gewesen wäre, während in anderen Fällen das Fehlen positiver dahin zielender Angaben eine derartige Diagnose nicht erlaubt. Zahlreiche Fälle der Bernstein'schen Schriften, welche Verf. gegenüber B. als Hysterie auffasst, werden kurz angeführt. Während hier und in ähnlichen Fällen theilweise Erfolge durch die Hypnose zu erzielen waren, zeigt sich in den anderen mitgetheilten Fällen Bernheims kein definitiver Erfolg oder er liess sich auf andere Momente zurückführen. Die Erfolge der Hypnose bei Neuralgie hält Verf. nicht für erwiesen. Es sind oft leichte Formen, die auch sonst rasch verschwinden, oder hysterischer Ursprung vorhanden, wo eine Besserung zu sehen ist. In Bezug auf die Psychosen ist nach verschiedenen Beobachtern kein Einfluss der Hypnosen zu constatiren.

Otto.

---

96) A. Bertrand. Un précurseur de l'hypnotisme
(Revue Philosophique 1891 pag. 192.)

Vorliegender Aufsatz soll einem Manne gerecht werden, dessen Name in den Darstellungen der Geschichte des Hypnotismus höchstens beiläufig erwähnt wird. Der praktische Arzt zu Lyon, Pétetin, hat in mehreren Schriften, welche von 1787—1808 erschienen sind, eine Anzahl Beobachtungen und Reflexionen veröffentlicht, welche fast das gesammte Gebiet der hypnotischen Erscheinungen umfassen. Aus den mitgetheilten Kapiteln seiner Schrift „de l'électricité animale“ lernen wir Pétetin als sorgfältigen, vorurtheilsfreien Beobachter und nüchtern denkenden Forscher kennen, und wenn er auch in seinen theoretischen Erörterungen sich nicht auf dem richtigen Wege befand, so muss doch seiner Fähigkeit zu beobachten und das Gesehene zu analysiren Anerkennung gezollt werden; kannte er doch schon dass doppelte Bewusstsein, die Verbalsuggestion und die negativen Hallucinationen. Die Schriften Pétetins wären wohl der Vergessenheit anheim gefallen, wenn nicht die Gegnerschaft Mesmers und seiner Gefolgschaft seinen Namen erhalten hätte. W. Dehio (Rothenberg).

---

97) **F. Hallager.** An psychiske Behandling af hysteriske Tilfaelde. (Ueber die psychische Behandlung Hysterischer).

(Hospitalstidende VIII 33.)

Verf. leitet seine Abhandlung mit der Bemerkung ein, dass es fast unmöglich ist, über Hysterie zu schreiben, ohne Charcot anzuführen, und citirt als Motto seiner Behandlung Hysterischer einen von Charcots Aussprüchen: „il faut bien qu'on sache que l'hystérie est une maladie psychique d'une façon absolue.“ Jedoch folgt hieraus nicht, — meint H. — dass jede Behandlung hysterischer Fälle nur durch ihren psychischen Einfluss von Bedeutung sein soll, und warnt davor, unfreiwillige Suggestion zu wittern, wo eine solche nicht vorhanden ist. Als Beispiel hierfür nennt er Hückel's Auffassung der metalloscopischen Phänomene, als lediglich durch Suggestion hervorgerufen, und kommt schliesslich zu dem Resultat, dass H. in der That nur bewiesen hat, man könne diese Phänomene auch durch Suggestion hervorrufen, wodurch aber das Grundgesetz der Metallotherapie, dass man in Fällen von hysterischer Anästhesie diese durch Anwendung bestimmter Metalle zum Schwinden bringen kann, nicht erschüttert worden ist. Dagegen ist die hypnotische Suggestionsbehandlung eine bewusste, methodische Beeinflussung krankhafter Zustände auf rein psychischem Wege, und die Hysterie ist diejenige Krankheit, wo der Hypnotismus am meisten ausrichten kann, weil ihre Symptome der Suggestion zugänglich sind, und weil es zu den Eigenthümlichkeiten der Krankheit gehört, dass sie durch eine Behandlung ihrer Symptome zu heilen ist. Die Vorstellung vom Verschwinden der Symptome hervorzurufen, ist nicht nur ein Mittel der Heilung, sondern die Heilung selbst. Bei Hysterie können die Symptome nicht gleichzeitig mit der Suggestion ihres Verschwindens bestehen. Lässt sich also ein hysterisches Symptom durch Suggestionsbehandlung nicht beeinflussen, so kommt es daher, dass es nicht gelungen ist, bei dem Patienten eine genügend starke Vorstellung von seinem Aufhören zu erwecken. Zwar sind nicht alle verschiedenen hysterischen Symptome der Suggestionsbehandlung leicht zugänglich, aber gegenüber dem constantesten von allen, der Anästhesie, die man ein Grundsymptom in doppeltem Sinne nennen könnte, weil man durch die Behandlung desselben auch alle andern Symptome zum Aufhören bringen kann, — gegenüber der Anästhesie gilt der Satz, dass man durch hypnotische Suggestionsbehandlung häufig in Fällen, wo andre Mittel im Stich lassen, oder doch eine längere Zeit erfordern, schnell zum Ziel kommt. Als Beispiel führt der Verf. den Fall eines 19jährigen Mädchens mit ausgesprochner grande hystérie an. Es bestand vollständige Anästhesie, Fehlen des Muskelsinns, Farbenblindheit, stark eingeschränktes Gesichtsfeld, Herabsetzung von Geruch, Gehör und Geschmack, wohl entwickelte hystero-epileptische Krämpfe. Heilung nach wiederholter Suggestion.

Besonderes Interesse bot der Fall insofern, als man aus den Veränderungen des Gesichtsfeldes die einzelnen Suggestionswirkungen gleichsam ablesen kann.

Das Gesichtsfeld wird beeinflusst durch Suggestion des Aufhörens der Anästhesie, dagegen bleibt es gegenüber der Suggestion des Wohlbefindens, oder des Aufhörens der andern Symptome unverändert. Das beweist unter anderem, dass es nicht die Hypnose ist, sondern die hypnotische Suggestion,

welche wirkt. — Der Verf. macht darauf aufmerksam, dass die Pat. eine ausgesprochene grande hystérique war, die sich mit der grössten Leichtigkeit hypnotisiren liess, doch zeigte sie sich 2 Monat nach ihrer Wiederherstellung viel weniger leicht zu beeinflussen, und selbst als sie während ihrer Krankheit täglich hypnotisirt wurde, und in hohem Grade suggestibel war, führte sie Handlungen, die sie sich in normalem Zustande genirt haben würde, zu thun, im Zustande der Hypnose, auf Befehl, nur mit grossem Wiederstreben aus, ebenso zeigte sich auch die Suggestion „á longue échéance" wirkungslos, — Beobachtungen, die in hohem Grade die Anschauung bestätigen, dass die Vorstellungen von der Gefahr des Hypnotismus beträchtlich übertrieben sind. Als psychische Behandlung auf anderem Wege nennt der Verf. Charcots dynamometrische Methode in Fällen von hysterischer Paralyse, — auf welche Charcot durch das Studium der artificiellen hystero-traumatischen Paralysen bei hypnotisirten Fällen von paralysies psychiques par autosuggestion, gekommen ist, bei denen die Suggestion direct durch das von dem Trauma herrührende Taubheitsgefühl hervorgerufen wurde. Als Beispiel hierfür führt H. 2 analoge Fälle an, bei denen die Autosuggestion durch das, ein angioneurotisches Oedem begleitende Gefühl von Taubheit und Schwere hervorgerufen wurde. In dem einen Fall handelte es sich um Hemiplegie, die mit einem prallen Oedem der Arme und Beine begann. Pat. war nicht suggestibel; durch das Ausführen passiver Bewegungen, die Pat. aufgefordert wurde, nach und nach selbstständig auszuführen, kam es im Lauf weniger Monate zu bedeutender Besserung. Der andere Fall betraf eine hysterische Monoplegie der rechten Hand im Anschluss an ein angioneurotisches Oedem. Ausserdem bestanden geringere locale Anästhesien der linken Hand und des Unterleibes. Nach einer einzigen Faradisation mit dem Metallpinsel an den anästhetischen Partien, vollständige Heilung.

Willerup.

---

98) **L. Arréat.** L'Hérédité chez les Peintres.
(Revue Philosophique 1891, pag. 155.)

Durch allgemein gehaltene Fragestellung, meint der Verf., ist bei der Frage nach der Entstehung des Genies zu keinem befriedigenden Resultat zu gelangen; daher beschränkt er sich auf das Gebiet der Malerei, wo das Talent am sichersten festzustellen ist. Seine Untersuchungen stützen sich auf ca. 300 Namen, eine stattliche Zahl, wenn man die Schwierigkeiten bei der Feststellung der Ascendenz berücksichtigt. Das ganze Material lässt sich in vier Gruppen theilen. Die ersten bilden die Abkömmlinge von Malerfamilien, deren Eltern schon als Künstler thätig waren, die zweiten sind die Söhne von Kunsthandwerkern, wie Goldschmiede, Gemmenschneider, Graveure etc., die Glieder der dritten stammen von Kaufleuten und kleinen Bürgern ab, während der vierten Gruppe die Abkömmlinge adliger Geschlechter zugezählt werden. Auf die beiden ersten Gruppen, die zweifellos erblich veranlagten, fällt ca. $^2/_3$ der ganzen Summe; auch bei dem Rest lässt sich in vielen Fällen eine Veranlagung von Seiten der Mutter nachweisen, oder das Vorhandensein eines Malers in einer Seitenlinie, oder gar das gleichzeitige Auftreten des Talents bei mehreren Geschwistern deutet auf eine schlummernde erbliche Veranlagung. Andererseits darf man nicht

umgekehrt aus dem Talent des Vaters auf die Fähigkeiten des malenden Sohnes schliessen, denn oft übernimmt dieser nur handwerksmässig die Kunst, ohne selbständige Veranlagung. Als angeboren documentirt sich das Talent durch sein Auftreten in früher Jugend. Auch die Sprösslinge aus Ehen zwischen Malerfamilien, wie sie namentlich in Flandern üblich waren, sind selten besonders talentirt. Dieser Umstand spricht aber nicht gegen die erbliche Entstehung des Genies, denn einemal spielen bei der Vererbung eine Menge Nebenumstände mit, und dann macht sich auch das Galton'sche Gesetz der Rückkehr zur Mittelmässigkeit immer wieder geltend.

W. Dehio (Rothenberg).

---

99) **G. Vassale e L. Chiozzi** (Reggio). Sulla presenza dei cilindri jalini nell' orina dei pazzi. (Hyaline Cylinder im Harn Geisteskranker.) (Riv. sperim. di freniatria et di med. leg. Bd. 17, Heft 3, 1891.)

Bei der Untersuchung des Urins von 86 neu in die Irrenanstalt aufgenommenen Geisteskranken fanden die Verf. fast in allen Fällen, gleichviel welche Erkrankungsform vorlag, hyaline Cylinder; dahingegen war nur in seltenen Fällen Eiweiss in dem Urin nachzuweisen. Bei weiterer Nachforschung constatirten die Verf. eine ziemlich regelmässige Beziehung zwischen dem psychischen Zustande und dem Vorkommen der hyalinen Cylinder insofern, als mit der Besserung des ersteren auch die letzteren in der Regel seltener wurden und verschwanden; am deutlichsten war dies in einzelnen Fällen von periodischem Irresein zu constatiren. Dieses Vorkommen von hyalinen Cylindern findet sich bei geistig Gesunden nicht. Es entspricht keinem Entzündungsprocesse der Nieren, wie schon das Fehlen des Eiweisses lehrt, sondern hängt entweder direct von der Gehirnläsion ab oder ist mit dieser zugleich auf eine gemeinschaftliche Ursache wie Intoxication zurückzuführen. Zuweilen beobachtet man auch eine in Zwischenräumen auftretende Albuminurie bei Geisteskranken, die gleichfalls nicht auf eine Nierenentzündung zurückgeführt werden kann, sondern, wie die Section lehrt, auf einem degenerativen Processe beruht. Demnach dürfen Albuminurie und hyaline Cylinder bei Irren nicht zur Diagnose einer Nephritis führen, wenn andere Zeichen (Epithelcylinder, Nierenzellen, Herzhypertrophie, Darmstörungen etc.) fehlen. Strauscheid.

---

100) **Fr. del Greco.** Sulle alterazione delle pie meningi cerebrali negli alienati.

(Riv. sperim. di freniatria. Bd. 17, Heft 3 1891.)

Verf. hat bei 48 Irrsinnigen die weichen Hirnhäute einer genauen mikroskopischen Untersuchung unterworfen und ist hierbei zu folgenden Resultaten gelangt. Bei Paralytikern findet man Periarteritis der kleinsten Gefässe der Pia wie der Rinde; die Pia zeigt eine diffuse Kerninfiltration; neben der Periarteritis findet man Endarteritis obliteran und in mittleren Gefässen eine Verdickung und fettige Degeneration der Tunica muscularis. Die absolute Regelmässigkeit der Periarteritis auch in den frühesten Stadien der Krankheit spricht dem Verf. für den vasculären Ursprung derselben. Bei Pellagrösen findet man die Pia diffuse getrübt, das Bindegewebe leicht vermehrt, oft auch eine leichte Kerninfiltration um die kleinen Ge-

fässe herum. Beim Typhus pellagrosus und beim Delirium acutum findet man in der Pia die Zeichen frischer Hyperämie. In den übrigen Formen des Irreseins ist die Pia höchstens leicht verdickt und enthält zuweilen starrrandige, geschlängelte Gefässe, ähnliche Befunde wie man sie bei alten, marastischen geistesgesunden Individuen findet. In seltenen Fällen ist die Verdickung der Pia sehr beträchtlich und die Hirnsubstanz erscheint atrophisch, hart, die Seitenventrikel vergrössert und voll seröser Flüssigkeit. Bei allen Geistesstörungen beginnt die Verdickung der Pia in der Regel über den Centralwindungen. Strauscheid.

---

101) **Dr. R. Colella.** Le alterazioni dei nervi periferici nella Paralisi generale progressiva in rapporto con i loro nuclei centrali di origine. (Annali di Nervologia 1891. Fasc. II—IV.)

Verf. hat an 7 Fällen von progressiver Paralyse sorgfältige Untersuchungen des Rückenmarks und Hirnstamms, sowie der peripheren Hirn- und Spinalnervenstämme, der Nervenwurzeln, Spinalganglien, ferner die Hautnerven und intramusculären Nerven angestellt. Die Präparate wurden nach Weigert mit Bizzozero's Hämatoxylin, Höyer's Carmin, die peripheren Nerven auch mit Osmiumsäure behandelt.

Verf. kommt zu folgenden Schlüssen:

Die Veränderungen der Haut- und intramusculären Nerven, sowie des grössten Theils der Spinal- und Hirnnervenstämme bestehen bei den untersuchten Fällen von progressiver Paralyse in einer parenchymatösen Neuritis peripherischen Ursprungs. Nur wenige Nervenstämme weisen einfache Atrophie der Fasern auf.

Die trophischen Centren der verschiedenen motorischen, sensiblen oder gemischten Spinalnervenstämme (Vorderhörner und Spinalganglien) zeigen keine bemerkenswerthe Läsion und auch die vorderen Wurzeln und das Stück der hinteren Wurzeln, das zwischen Spinalganglien und der Vereinigungsstelle mit der vorderen Wurzel liegt, zeigen normales Aussehen.

Auch bei den Hirnnerven besteht ein Missverhältniss zwischen der Erkrankung der peripheren Nerven nnd der Ursprungsfasern und Ursprungskerne im Hirnstamm.

Die Intensität der peripheren Nervenerkrankung wächst mit der Entfernung von den Centren und ist also in den motorischen und sensiblen Endfasern am grössten.

Einmal sind die motorischen, ein andermal die sensiblen Fasern bei den verschiedenen Individuen stärker betroffen. Verf. glaubt, dass zwischen der peripher originär entstehenden Neuritis und der centralen Erkrankung ein gewisser Grad von Homologie (kein Kausalnexus) besteht. Die Existenz einfach degenerativer Atrophie in den peripheren Nerven ist als constant bei der progressiven Paralyse aufzufassen. Trifft sie sich mit Neuritis peripheren Ursprungs vergesellschaftet, so könnte man zur Erklärung eine aufsteigende Degeneration längs der Nervenstämme annehmen.

Dr. Feist.

---

102) Dr. **Oebeke** (Endenich). Zur Syphilis des Centralnervensystems und der Psychosen.

(Allg. Zeitschr. für Psych. Bd. 48, pg. 34.)

Hauptsächlich statistische Untersuchungen über die Beziehungen der Syphilis zu den Psychosen auf Grund eines Krankenmaterials von 320 Männern. Von diesen waren syphilitisch inficirt, fast ausnahmslo smit nachfolgenden secundären Symptomen, 22 $^1/_2$ %. Scheidet man die Paralytiker aus, von denen 57 % luetisch waren, so resultirt ein Verhältniss von 12 $^4/_5$ %, welches ziemlich mit dem Ergebniss der Erb'schen Untersuchungen bei an Neurosen leidenden Individuen mit Ausschluss der Tabetiker (12 %) übereinstimmt. Die Paralytiker sind bei den weiteren Betrachtungen nicht berücksichtigt worden, da Verf. über dieselben anderweitig berichtet hat. (Allg. Zeitschr. Bd. 46, p. 686.) — Als bemerkenswerthestes Ergebniss ist der colossale Unterschied zwischen den Heilungsresultaten der Psycho senbei den Luetikern und der nicht luetisch inficirten hervorzuheben: 15 % gegen 35 % völliger Heilungen. Der Unterschied zu Ungunsten der Luetiker ist ein so grosser, dass selbst bei Berücksichtigung aller nur möglichen Fehlerquellen immer eine specifische Schädigung des Nervensystems durch die syphilitische Infection, vielleicht im Sinne Strümpells, anzunehmen ist. Eine Gegenüberstellung derjenigen Fälle, bei welchen die Syphilis als hauptsächlichstes aetiologisches Moment angenommen werden darf, gegenüber denen, wo andere Ursachen mitsprechen, ergiebt dementsprechend eine ungünstigere Prognose für die ersteren.

Zwei ausführlich wiedergegebene Krankengeschichten illustriren specifisch syphilitische cerebrospinale Erkrankungen, welche durch ihren langen Verlauf und die Stabilität der Lähmungserscheinungen sich wesentlich von der progressiven Paralyse unterscheiden. H. Dehio (Rothenberg).

---

103) Dr. **Lojacono.** Delirio ricorrente in coincidenza con broncorragia.
(Rassegna clin. e statist. della villa di salute di Palermo 1891. Fasc. 3.)

45jähriger Mann erkrankt an hallucinatorischem Persecutionsdelir, das in der Folge viermal reacerbirt. Jedesmal einige Tage nach dem Beginn des verstärkten Auftretens des Delirs stellte sich eine starke Blutung aus den Bronchien ein mit negativem Befund an den Lungen und dem Herzen; nach einigen Tagen legte sich stets die Erregung und mit ihr das Blutspeien. In der Zeit der Remission bestand deutliche Erinnerung an die sensoriellen Störungen. Verf. erklärt das Zusammentreffen der Blutung mit dem Delir durch eine Alteration des Systems der vasomotorischen Nerven im Gehirn und in den Lungen. Dr. Feist.

---

104) **Albino Ruata.** Due casi di mania con furore da sifilide in periodo secondario.
(Estratto dagli Annali di freniatria e Scienze affini del R. Manicomio di Torino.)

Ein 22jähriger Mann und ein 20jähriges Mädchen erkranken während des Secundärstadiums der Syphilis an starker maniacalischer Erregung. Ersterer war ca. 30 Tage nach Ausbruch der Erregung geheilt; bei letzterer bestand die psychische Erkrankung schon 10 Monate vor Aufnahme in die Irrenanstalt, heilte hier aber bald. Bei Beiden war die eingeleitete anti-

syphilitische Behandlung von vorzüglichem Erfolg. Verf. glaubt einen einfachen meningitischen Process als anatomische Grundlage der so sehr seltenen Psychosen im Secundärstadium der Syphilis annehmen zu dürfen und stellt die Prognose günstig. Dr. Feist.

---

105) Dr. **Cantarano.** Sui rapporti tra l'influenza e le malattie nervose e mentali.

(La Psichiatria 1890 fasc. 1 und 2.)

Verf. schliesst aus seinen Beobachtungen, dass die Geisteskranken gegen die Influenza refractärer sind als Geistesgesunde. Zum Theil beruht das seltenere Constatiren dieser Krankheit bei Irren auf deren Indolenz.

Die Influenza verläuft bei Irren ebenso wie bei anderen Menschen; hier wie dort erzeugt sie meist Depressions-, seltener Excitationserscheinungen. Nach Ablauf der Krankheit keine Modification der psychischen Störung. Sie hat keinen grösseren pathogenetischen Einfluss auf Krankheiten des Nervensystems als andere Infectionskrankheiten.

Verf. beobachtete viele von krankhafter Furcht vor der Influenza ergriffene Personen von psychopathischem Character; erkrankten solche an dieser, so zeigten sie sehr häufig psychische und nervöse Symptome während des Fiebers, die nach Abfall der Temperatur bald schwanden.

In vier Fällen trat Geistesstörung infolge der Influenza auf.

Fall I. 25jähr. Bauer, erbliche Belastung unbekannt, erkrankte an maniacalischer Erregung mit leichten Sinnestäuschungen am 2. Fiebertage. Schnelle Heilung mit völliger Erinnerung an die geistige Erkrankung.

Fall II. 20jähr. Fräulein erkrankte am 3. Fiebertage an Mania furiosa. Heilung ohne Anstaltsbehandlung.

Fall III. 20jähr. Fräulein, unbelastet. Nach Ablauf eines leichten Anfalls von Influenza apathisches Wesen; bald trat auf melancholischer Basis ein erotisches Delir hervor, dem ein Zustand von melancholia attonita folgte. Heilung nach 2 Monaten ohne Anstaltsbehandlung.

Fall IV. Stets reizbarer Herr, geistig schwach entwickelt. Während des Fiebers Hallucinationen bedrohender Art. Nach Ablauf desselben Zweifel an der ehelichen Treue der Frau; diesbezügliche Gehörshallucinationen. Zeitweise Krankheitseinsicht und Ankämpfen gegen die krankhaften Ideen wechselt mit kritiklosem Festhalten an die Wahnideen. Dementsprechend Zärtlichkeit und Vertrauen zu der Frau wechselnd mit Gedanken, sie zu ermorden. Ausgang entzog sich der Beobachtung. Dr. Feist.

III. Zur Tagesgeschichte.

— Der Entwurf eines Gesetzes über Irre und Irrenanstalten dem italienischen Senate im November 1891 vorgelegt von Minister Nicotera.

Besprochen von Dr. Strauscheid (Cöln).

Alljährlich fast erscheinen bei uns mehrere Broschüren oder Aufsätze in politischen oder litterarischen Zeitschriften, welche wie letzthin wieder eine Streitschrift von Kretzschmar „die Unvollkommenheit der heutigen Psychiatrie und die Mangelhaftigkeit der deutschen Irrengesetzgebung" behandeln. Derjenige Irrenarzt, welcher vorurtheilsfrei derartige Pamphlete liest, wird gar manchmal unangenehm berührt sein von dem wirklichen Begründetsein einer ganzen Reihe von Beschwerden, die meist nur desshalb unbeachtet bleiben, weil sie in einen Wust von irrigen Auffassungen, unbegründeten Beschwerden und lächerlichen Vorschlägen verwickelt sind, wie solche die erhitzte Phantasie eines Laien, der über ein so schwieriges Thema ohne irgendwie genügende Kenntniss der verwickelten Materie urtheilen will, gebiert. Andererseits wird die Mangelhaftigkeit der heutigen Irrenbehandlung von psychiatrischer Seite in Deutschland meist nur mehr als kurz und nebenbei besprochen, wie zuletzt in Weimar die Frage der Ueberfüllung der Anstalten mit Hinsicht auf ihre hygieinischen Folgen. Was Wunder, wenn bei einer solchen Sachlage die Gesetzgebung resp. die Minister weit davon entfernt sind, die Regelung und Ordnung dieses wichtigen Gegenstandes in die Hand zu nehmen? Anders in Italien, wo bei ähnlicher Sachlage, wie bei uns in Deutschland, die irrenärztlichen Versammlungen zu wiederholten Malen den Gegenstand eingehend besprochen und dem entsprechende Resolutionen und direct formulirte Vorschläge gefasst haben. Schon früher haben denn auch die Minister Depretis und Crispi entsprechende Gesetzentwürfe ausarbeiten lassen; jetzt hat im verflossenen November Nicotera dem italienischen Senate einen Gesetzentwurf unterbreitet, der sich von den früheren Arbeiten ganz wesentlich dadurch auszeichnet, dass er die Vorschläge aufgenommen hat, welche die beiden bedeutendsten italienischen Psychiater, Lombroso und Tamburini nach einer genauen in ministeriellem Auftrage ausgeführten Inspection aller Anstalten, Hospitäler und Häuser, in denen Geisteskranke verpflegt werden, in einem ausführlichen Berichte niedergelegt haben. Wegen der hervorragenden Wichtigkeit des Gegenstandes und der grossen Conformität der italienischen und deutschen Verhältnisse, soll sowohl der Bericht der genannten Professoren wie der Gesetzentwurf selbst, hier des Näheren zkizzirt werden.

Der am 1. October 1891 an den italienischen Minister des Innern von C. Lombroso und A. Tamburini abgesandte Bericht über die Inspection der italienischen Irrenanstalten bespricht im Wesentlichen folgende 7 Punkte:

I. Ueberfüllung der Irrenanstalten. In Italien hat wie bei uns in den letzten 20 Jahren ein ausserordentlicher Zudrang zu den An-

stalten bestanden, so dass während 1874 auf 10 000 Einwohner 51 Anstaltspfleglinge kamen, jetzt auf ebensoviel Einwohner 74 in Anstalten untergebrachte Geisteskranke kommen. Die Gründe für diese Erscheinung sind dieselben wie bei uns. Unter den Anstaltspfleglingen machen leider einen grossen Theil aus: Idioten, Alkoholisten, Epileptiker, Pellagröse, Moralisch-Irre, chronische ruhige Blödsinnige. Lästige Kranke werden von den Gemeinden und Hospitälern einfach in die Anstalt evacuirt, so dass in Wahrheit die Irrenanstalten das tout à l'égout der anderen Anstalten geworden sind. „Eine solche Anordnung macht: sehr schwierig die nothwendige Trennung und Isolirung der frischen Fälle, unmöglich eine regelmässige Unterabtheilung und Dissemination der Kranken, höchst schwierig eine rationelle, fortlaufende individuelle Behandlung, so dass uns, offen gesagt, der Augenblick gekommen scheint, die Frage aufzuwerfen, ob und in wie weit die ungünstigen Bedingungen, in denen sich heute insbesondere in Folge einer solchen Anhäufung viele unserer Irrenanstalten befinden, wirksame Factoren bilden können, nicht für die Heilung, sondern vielmehr für unheilbare Demenz!"

Um so schweren Missständen entgegen zu treten, ist es nöthig:

1. Dass die Aufnahmebedingungen für die Anstalten schärfer gefasst werden und dass nur erworbene Geistesstörungen, die wirklich der Irrenanstaltsbehandlung bedürfen, zur Aufnahme gelangen.

2. Dass für Idioten, Alkoholisten, (Pellagröse), Epileptiker, Moralisch-Irre, chronische, unschädliche Demente besondere Anstalten errichtet, resp. die bestehenden erweitert werden.

3. Dass die familiäre Verpflegung der geeigneten Geisteskranken selbstverständlich unter den nöthigen Vorsichtsmassregeln gesetzlich begünstigt werde.

II. Bestimmungen für die Aufnahmen und die Entlassungen. In Italien existiren in jeder Provinz andere Bestimmungen über die Aufnahmen von Geisteskranken; an einzelnen Orten fehlen dieselben ganz. Dies muss einheitlich dahin geregelt werden, dass auf Grund eines ärztlichen Attestes die Autorisation der Sicherheitsbehörde genügt zur vorläufigen Aufnahme, die dem Staatsanwalte sofort angezeigt wird, später wird dann auf Grund einer von dem Direktor der Anstalt abzugebenden Erklärung über den Zustand des Patienten die Aufnahme von der Justizbehörde als eine definitive legalisirt. Wenn ein Patient selbst um Aufnahme in die Anstalt ersucht, so soll der Director ermächtigt sein nach constatirter Dringlichkeit ihn auf eigene Verantwortung aufzunehmen, wovon er übrigens die Behörde sofort zu benachrichtigen hat.

Um die Entlassung einheitlich zu organisiren, ist es nöthig, dass der Director nicht nur Geheilte sofort entlassen kann, sondern auch solche bei denen eine Entlassung zur Familie von günstigem Einfluss auf den Krankheitsverlauf sein kann, bis auf ein Jahr beurlauben kann; Beurlaubte sind eventuell auf ärztliches Attest hin ohne weitere Formalitäten wieder aufzunehmen.

Verlangt die Familie die Entlassung eines nicht geheilten Kranken, so ist die Intervention der Justizbehörde nöthig, welche die Garantie für eine genügende Bewachung und Behandlung zu fordern hat.

Beobachtungsabtheilungen: Die hohe Wichtigkeit einer genauen Beobachtung und Behandlung im Beginne der Geistesstörungen, die Nöthigkeit der Isolirung, welche die wesentliche Grundlage der Behandlung im Anfange ist, wo nichts verhängnissvoller sein kann als die Unterbringung des Kranken in einer grossen Irrenabtheilung, erfordern dringend die durch das Gesetz begünstigte Einrichtung von Beobachtungsabtheilungen in den Irrenanstalten sowohl, wie in den grossen allgemeinen Hospitälern; allerdings dürfen letztere nicht so ganz zweckwidrig und vielfach unhygienisch eingerichtet sein, wie man sie jetzt meist antrifft. Sie bestehen am besten aus einzelnen Zellen mit besonderen Höfen und Bädern die nur für die Aufnahme und Behandlung einer fest bestimmten Zahl von Deliranten und sonstigen frisch geistig Gestörten dienen dürfen, und die Kranken nur während einer festbestimmten Zeitdauer behalten dürfen.

Zweifelhafte und bestrittene Fälle. Um dem Vorkommen jener unliebsamen, die öffentliche Meinung stark erregenden Fälle von Internirung angeblich Geistesgesunder möglichst zu verhüten, ist es nöthig, dass ausser der scharfen Beobachtung aller für die Aufnahme in die Anstalt zu erlassenden Vorschriften, in allen zweifelhaften Fällen eine oder mehrere der Anstalt fern stehende Psychiater, sowohl unmittelbar wie auch längere Zeit nach der Aufnahme solcher Personen, unter eidlicher Verpflichtung die Bestimmung des Geisteszustandes der Betreffenden vornehmen und deren Versorgung untersuchen.

III. Vorsorge für das Eigenthum der Geisteskranken. In geordneter Weise wird jetzt für das Vermögen der Mehrzahl der Kranken erst nach der Entmündigung gesorgt; in der oft recht langen Zeit bis zu deren Durchführung ist dasselbe dem Ermessen der Verwandten überlassen zum grossen Schaden der Gerechtigkeit und zur grossen Gefahr für den etwa geheilten Kranken, für den die Verschleuderung des eigenen Habes und Gutes eine Ursache des Rückfalles werden kann, wie das häufig der Fall gewesen ist. Desshalb ist es nöthig, dass das Gesetz sowohl für die Wohlhabenden wie für die Aermeren, die irgend welche Ersparnisse haben, sofort nach der Aufnahme in die Irrenanstalt die Anstellung eines provisorischen, verantwortlichen Administrators des betreffenden Vermögens vorschreibt und zugleich Sorge trägt, dass die Einkünfte des Kranken nur zu dessen Vortheil verwandt werden dürfen.

IV. Beaufsichtigung der Irrenanstalten. In Italien sind wie bei uns die Directoren der Irrenanstalten in allen medicinischen Dingen souveräne Herren; ihre Vorgesetzten kümmern sich nur um die Verwaltung und können sich ja auch um anderes nicht kümmern, da sie eben von Medicin nichts verstehen. Die Folge davon ist, dass in manchen Anstalten, wo der Director, wie es nun einmal zuweilen vorkommt, nicht weniger als alles zu wünschen übrig lässt, oft zahlreiche Missstände der allerschwersten Art herrschen. Um nur die hauptsächlichsten Uebelstände, die L. und T. in öffentlichen wie in Privatanstalten angetroffen haben zu erwähnen, sei hier aufgeführt: Ueberfüllung der Anstalten; ungeeignete und oft ganz zweckwidrige Localitäten und zwar nicht nur für die armen, sondern auch in Privatanstalten für begüterte Kranke; unzweckmässige hygienische und moralische Behandlung; oft Fehlen aller Beschäftigung für die Kranken;

Fehlen der Heilmittel und -Apparate; sehr häufiger numerischer Mangel des ärztlichen Personals und der Assistenz; Mangel einer ärztlichen Registration und des klinischen Studiums; häufig zweifelhafte Fälle (s. oben); Conflicte zwischen Directoren und Verwaltern; Gebrauch von Zwangmitteln in erschreckender Häufigkeit und an vielen Orten nach wahrhaft mittelalterlichem Systeme; Mangel der technischen Hülfsmittel; kostspielige, aber von vornherein ganz zweckwidrige Neubauten etc. Um hier die dringend nöthige Abhülfe zu schaffen, ist eine strenge Beaufsichtigung durch competente Personen, die von jedem Anstaltsdienste unabhängig sind und direct mit dem Minister und den Präfecten in Verbindung treten, durchaus nöthig; ihre Aufsicht hat sich zu erstrecken sowohl auf die hygienische Einrichtung der Localitäten, wie auf die Krankenbehandlung, auf die Führung der Krankengeschichten und auf die Beobachtung der Dienstanweisungen; sie müssen das Recht zu Verweisen und event. zur Bestrafung haben. Die Aufsicht hat sich nicht nur auf die öffentlichen und Privatirrenanstalten, sondern auch auf alle Hospitäler, Klöster, Gefängnisse und schliesslich auf die Familien, wo Irre verpflegt werden, zu erstrecken. Die Aufseher müssten zugleich die zweifelhaften oder bestrittenen Fälle untersuchen, für die Unterbringung Geheilter, deren Verwandte todt sind oder ihnen feindlich sind, sorgen und schliesslich die Pläne aller Neubauten begutachten. Eine derartige Inspection, wie sie in England, Frankreich und Belgien ähnlich schon länger existirt, ist noch von der italienischen psychiatrischen Gesellschaft, d. h. von den italienischen Irrenanstaltsdirectoren selbst im October 1890 für nöthig erachtet worden. Ausserdem wäre es wünschenswerth, wenn in den einzelnen Provinzen (an Grösse und Einwohnerzahl zwischen unseren Provinzen und Regierungsbezirken stehend) Provinzialaufsichtskommissionen gebildet würden, an denen der Provinzialarzt und ein Irrenarzt (eventuell der Universitätsprofessor, falls dieser nicht zugleich Irrenanstaltsdirector ist) theilnehmen müssten. Ihre Aufgabe wäre die specielle Durchführung der Beaufsichtigung und die Unterstützung der Centralaufsichtsbehörde, welche letztere ja natürlich nicht alles selbst beaufsichtigen kann.

V. *Organisation: ärztliche Direction und Verwaltung.* Um die so leicht entstehenden Zwistigkeiten zwischen Verwaltung und Direction möglichst zu verbinden, ist es nöthig, dass der Director die Oberleitung und Aufsicht über den genannten inneren Dienst in sanitärer, disciplinarischer und ökonomischer Beziehung erhält und dass er an den Zusammenkünften der Verwaltungskommissionen mit berathender Stimme Theil nimmt.

In Italien giebt es, wie auch bei uns, Irrenanstalten, in denen Abtheilungen von 300 und mehr Kranken von einem einzigen Arzte versorgt werden müssen. Um solchen skandalösen Vorkommnissen vorzubeugen, ist es nöthig, „*dass das Gesetz über die Irrenanstalten den Grundsatz feststellt, welcher zu den elementarsten der Anstaltstechnik gehört, dass nämlich für je 100 Kranke ein Arzt da sein muss.*“ (Dabei dürfte in grossen Anstalten der Director, weil er nur die Oberaufsicht führt und führen kann, nicht mitzuzählen sein. Ref.)

VI. Criminalirrenanstalten. Um die Unzuträglichkeiten, welche die Unterbringung der verbrecherischen Geisteskranken in den verschiedensten Anstalten mit sich bringt, zu beseitigen, ist es nöthig mindestens 3 grosse Criminalirrenanstalten in Italien zu errichten; dieselben sollen die verurtheilten Geisteskranken, die irren Untersuchungsgefangenen und die infolge von Geisteskrankheit entweder ganz freigesprochenen oder (Semiresponsabilität des italienischen Strafgesetzbuches) zu geringer Strafe Verurtheilten aufnehmen. Ausser den speciellen Abtheilungen für die Verurtheilten, für die Freigesprochenen und für die in Untersuchung Befindlichen müsste die Criminalirrenanstalt eine specielle Separations- und Sicherheitsabtheilung haben für jene höchst gefährlichen, simulierenden, Unruhe stiftenden Individuen, wie es besonders die moralisch Irren sind, welche stets einen sehr gefährlichen, moralischen Infectionsheerd bilden. Die ganze Oberleitung einer solchen Anstalt und die volle Verantwortlichkeit müsste, wie dies auch in England der Fall ist, in den Händen des ärztlichen Directors liegen. Die erwähnten drei grossen Anstalten würden aus den jetzigen Irrenanstalten und Gefängnissen rasch bevölkert werden, zumal da bei einer grossen Anzahl der Individuen, wie moralisch Irren und Epileptikern, deren Gefährlichkeit erst mit einer Lähmung oder dem Tode aufhört, eine Entlassung nie wird eintreten können. Besonders wichtig sind diese Anstalten für die freigesprochenen verbrecherischen Irren, die in Italien wie auch bei uns vielfach nach der Freisprechung überhaupt laufen gelassen werden, bis sie wieder neue Verbrechen begehen; die Unterbringung derartiger Individuen in die Criminalirrenanstalten muss durch das Gesetz obligatorisch gemacht werden.

Ausserdem ist es wünschenswerth, dass in den Gerichtsgefängnissen Specialabtheilungen von wenigstens 6 bis 8 Zellen mit kleinen Höfen gebildet werden, wo diejenigen, welche Zeichen von Geistesstörung geben, bis zur völligen Constatirung ihrer Krankheit von Specialisten beobachtet werden sollen.

VII. Aufbringung der Kosten. Die Kosten für die Unterhaltung der Irren werden am zweckmässigsten zum Theile den Provinzen, zum Theile aber auch den Gemeinden auferlegt, was letzteres den Vortheil haben dürfte, den Zufluss jener Individuen zu den Irrenanstalten zu verringern, welche nicht durchaus einer speciellen Behandlung bedürfen.

Im Anschluss an diesen Auszug aus dem Berichte über die Inspection der Irrenanstalten wollen wir nunmehr den Gesetzentwurf über Irre und Irrenanstalten, der jenen wesentlich berücksichtigt, des Näheren skizziren.

Oeffentliche und Privatanstalten.

1. Verpflichtung jeder Provinz für die Unterbringung der armen Geisteskranken (siehe § 7) in Irrenanstalten.

2. Berechtigung aller Bürger Irrenanstalten zu errichten; jedoch muss vorher der Bauplan und die innere Einrichtung vom Präfecten nach Anhörung des medicinischen Provinzialrathes und unter Umständen eines oder mehrerer Psychiater gebilligt werden. Dasselbe gilt für Nervenheilanstalten, die Irre aufnehmen.

2. Jede Irrenanstalt muss von einem Arzte von anerkannter tech-

nischer Befähigung geleitet werden; derselbe hat die volle Leitung des inneren Dienstes in sanitärer und disciplinarischer Beziehung, sowie die Oberaufsicht über den ökonomischen Dienst, für alles das, was die Krankenbehandlung angeht; er ist verantwortlich für den Anstaltsbetrieb und die Ausführung des Gesetzes, soweit es ihn betrifft.

Die Ernennung des Directors muss vom Präfecten gebilligt werden.

In jeder Irrenanstalt muss die Zahl der Aerzte im Verhältniss von je 1 auf je 100 Irre und die Zahl der Wärter im Verhältniss von wenigstens 1 auf je 12 Kranke sein.

4. In jeder Universität soll der Professor der Psychiatrie Anrecht haben auf eine Irrenabtheilung in den Irrenanstalten oder in den Hospitälern ohne Verpflichtung des Staates zu einer Beisteuer.

5. Ernennung der Verwaltungskommission durch die Provinz. Der Irrenanstaltsdirector soll den Verwaltungssitzungen mit berathender Stimme in all denjenigen Materien beiwohnen, welche die technische oder sanitäre Seite der Irrenanstalt betreffen.

6. Jeder, der 2 oder mehrere Irre in Pflege nimmt, muss vom Präfecten ermächtigt sein; wird nur ein Irrer verflegt, so gilt er als in der Familie verpflegt; alle haben die Vorschriften des Gesetzes zu erfüllen.

Aufnahme der Irren und Versorgung ihres Eigenthums.

7. Alle neu erkrankten Irren, die für sich oder andere gefährlich sind oder öffentliches Aergerniss geben, müssen in die Irrenanstalten gebracht werden, falls sie anderswo nicht zweckmässig bewacht und behandelt werden können. Unter diesen Voraussetzungen gilt dasselbe für Pellagröse, Epileptiker, Alkoholisten, Idioten und Cretinen; bedürfen die genannten Kranken nur der Bewachung, so sind sie in eignen Anstalten unterzubringen, die, falls sie noch nicht existiren, auf Kosten der „opere pie“, der Gemeinden und der Provinzen zu errichten sind.

8. Für die Aufnahme in die Irrenanstalt ist nöthig:
   1. ein Aufnahmegesuch (§ 18),
   2. ein ärztliches Attest (§ 19),
   3. die Ermächtigung der localen Sicherheitsbehörde zur provisorischen Aufnahme.

Letztere kann auch ohne das Aufnahmegesuch auf Grund des ärztlichen Attestes die Aufnahme anordnen, welche sie zugleich dem Staatsanwalt mitzutheilen hat.

9. Innerhalb 24 Stunden hat der Director die erfolgte Aufnahme dem Staatsanwalt anzuzeigen unter Mittheilung der Aufnahmepapiere; ausgenommen nur § 21. Dieselben Vorschriften gelten für die Aufnahme in die Beobachtungsabtheilungen der Hospitäler.

10. Aeltere Individuen, die selbst Aufnahme verlangen, können vom Director nach Constatirung der Dringlichkeit auf seine eigne Verantwortung hin aufgenommen werden; er hat innerhalb 24 Stunden der Sicherheitsbehörde und dem Staatsanwalte Anzeige zu machen.

11. Nach 15 Tagen hat der Anstalts- oder Hospitaldirector dem Staatsanwalte einen von ihm und dem behandelnden Arzte unterzeichneten Bericht über den Zustand des Patienten zu senden, wenn die Nothwendigkeit der Anstaltsbehandlung bejaht oder verneint wird; in schwierigen Fällen kann er um 15 Tage Aufschub bitten.

12. Das Gericht kann auf Antrag des Staatsanwaltes bei strittigen Fällen andere Sachverständige hören; nach genügender Untersuchung spricht es die definitive Aufnahme des Kranken in die Irrenanstalt aus oder aber setzt ihn in Freiheit.

13. Die § 18 genannten Personen können gegen die Reclusion Einsprache erheben: dann ordnet das Gericht eine Untersuchung durch competente Aerzte und wenn möglich durch einen der Inspectoren (§ 29) an.

14. Während der Beobachtungszeit sind die Aufgenommenen in einer besonderen Beobachtungsabtheilung zu halten. In Hospitalabtheilungen dürfen die Aufgenommen nur während der erwähnten Beobachtungszeit gehalten werden. In sonstigen Anstalten dürfen Geisteskranke ohne Erlaubnis des Präfecten nur 8 Tage gehalten werden: Anzeige beim Staatsanwalt 24 Stunden nach Erkrankung. Für Privatanstalten für Nerven und Geisteskranke gelten für letztere die genannten Vorschriften.

15. Bei Verlegung von einer Irrenanstalt zur anderen ist bei den Staatsanwälten Anzeige zu machen.

16. Direct bei der provisorischen Aufnahme in die Anstalt hat die öffentliche Sicherheitsbehörde für eine provisorische Bewachung des Eigenthums des Irren zu sorgen. Sobald das Gericht die Aufnahme erfährt, hat es einen Administrator anzustellen, der bis zu gerichtlicher Contreordre das Vermögen des Kranken zu dessen Besten zu verwalten hat.

17. $^1/_2$ Jahr nach der Aufnahme berichtet der Director dem Staatsanwalte über den Geisteszustand des Kranken. Dann hat der Staatsanwalt das Entmündigungsverfahren einzuleiten, falls dies von anderer Seite noch nicht geschah.

18. Das Gesuch § 8 muss gestellt werden a) vom Gatten für den Gatten b) von den nächsten Ascendenten für die Descendenten und umgekehrt, c) vom Vormund, Gegenvormund oder Pfleger auf Grund des Familien- oder Vormundschaftsrathes über die Betreffenden. In dringenden Fällen kann das Gesuch von jedem Bürger oder Behörde gestellt werden.

19. Das ärztliche Attest (§ 9) darf nicht mehr als 3 Tage vorher von einem Arzte, der weder mit dem Kranken noch mit der Anstalt in Beziehungen steht, ausgestellt werden. Es constatirt die Geisteskrankheit, die Nöthigkeit der Anstaltsbehandlung und die Transportfähigkeit. Es muss visirt und bestätigt sein vom Provinzialarzt oder vom Gemeinde-Sanitätsbeamten.

Entlassung der Irren.

20. Die Heilung eines Kranken ist dem Staatsanwalte, der Familie und dem Bürgermeister mitzutheilen, welch letzterer innerhalb 5—15 Tagen ihn abholen zu lassen hat, nach dieser Zeit kann der Director ihn auf Kosten der Gemeinde wegsenden.

21. Ein noch nicht Geheilter kann vom Director probeweise zur Familie beurlaubt werden; dann bleiben Vermögensverwaltung und Entmündigung bestehen. Alle 3 Monate muss die Familie ein ärztliches Attest einsenden. Nach einem Jahre ist die Entlassung definitiv, kann aber noch um 1 Jahr ausgesetzt werden. Während der Beurlaubung kann der Kranke eventuell auf einfaches ärztliches Zeugniss wieder aufgenommen werden ohne Anzeige beim Staatsanwalte.

22. Will eine Familie den Kranken gegen den Willen des Directors fortnehmen, so entscheidet das Gericht, welches nur bei genügenden Garantien die Entlassung erlaubt.

23. Ist ein Kranker (chronische ruhige Demente) zur Familienbehandlung geeignet, so theilt der Director dies dem Präfecte, Unterpräfecten oder Bürgermeister mit, die für die Unterbringung desselben in Familien ev. mit Unterstützung oder in geeigneten Anstalten Sorge tragen.

In der Familie verpflegte Irren.

24. Um einen gefährlichen Irren verpflegen zu dürfen, müssen die Angehörigen und der behandelnde Arzt unter Beifügung eines ärztlichen Attestes (§ 19) und unter Angabe der getroffenen Massregeln sich an den Staatsanwalt wenden, der eventuell vom Gerichte die Erlaubniss erwirkt und wenn nöthig die Ernennung eines provisorischen Administrators veranlasst. Sind die Vorsichtsmassregeln ungenügend, so kann die Unterbringung in eine Anstalt angeordnet werden.

25. Bei ruhigen Irren müssen die Verwandten und der behandelnde Arzt einen Monat nach Constatirung der Geisteskrankheit der Sicherheitsbehörde Anzeige machen. Letztere benachrichtigt den Staatsanwalt, der wenn nöthig, die Untersuchung der Verfügungsunfähigkeit und die Ernennung eines Administrators veranlasst. 6 Monate hiernach müssen die Verwandten oder der behandelnde Arzt, falls nicht Heilung eingetreten ist, das Entmündigungsverfahren bei Strafe von 10 bis 1000 L. beantragen; bei Versäumung dieser Pflicht thut es der Staatsanwalt.

Obligatorische Abtheilungen der Irrenanstalten.

26. Jede Irrenanstalt muss ausser den gewöhnlichen Abtheilungen enthalten:

1. eine Beobachtungsabtheilung für die neu Aufgenommenen,
2. eine (möglichst Colonie-) Abtheilung der auf dem Wege der Heilung befindlichen Irren,
3. eine Abtheilung für in Untersuchung befindliche verbrecherische Irren, die strengstens vor jedem Contact mit den übrigen Kranken zu hüten sind,
4. Dort, wo keine Specialanstalten bestehen, ein Annexasyl für chronische Demente und unschädliche Irre.

Vertheilung der Kosten.

27. Die Gründungs- und Unterhaltungskosten der öffentlichen Irrenanstalten fallen den Provinzen zu. Die Unterhaltung der armen Irren in Anstalten wie anderswo (§ 23) tragen die Provinzen zu $^3/_4$, die Gemeinden zu $^1/_4$. Die Transportkosten von und zu der Anstalt tragen die Gemeinden; die Kosten der Verlegung von einer Anstalt in die andere tragen die Provinzen. Im Auslande befindliche Irre werden auf Staatskosten transportirt. Die Kosten werden vertheilt, entsprechend dem Unterstützungswohnsitze zur Zeit der Aufnahme.

28. Alle im Gesetze vorgeschriebene Berichte etc. sind von den Behörden gratis zu leisten.

Ueberwachung der Irrenanstalten und der Irren.

29. Der Minister des Innern überwacht die regelmässige Verwaltung der öffentlichen und Privatanstalten, wie des Irrendienstes vermittelst der

Präfecten, der Provinzialärzte und nöthigenfalls besonderer ärztlicher Inspectoren. Die Ueberwachung findet Statt durch häufige Besuche nicht nur in den öffentlichen und privaten Irrenanstalten, sondern auch in allen anderen Irrenabtheilungen (Hospitalabtheilung, Justizirrenanstalten, Kerker, Idiotenanstalten etc.) sowie bei den in Familien verpflegten Irren; sie erstreckt sich auf Reklamationen wegen angeblich widerrechtlicher Reclusion (§ 13), Gebändepläne und innere Ordnung in neuen Irrenhäusern und auf die betreffenden organischen Statute, welche vom Minister bestätigt werden müssen. Wenn besondere ärztliche Inspectoren ernannt werden, so sollen die Kosten dafür zu $^2/_6$ vom Staate, zu $^3/_6$ von den öffentlichen Irrenanstalten und zu $^1/_6$ von den privaten Irrenanstalten und ähnlichen Etablissement getragen werden.

30. Ausserdem werden provincielle Aufsichtscommissionen für die Irrenanstalten und die verwandten Institute wie für die in häuslicher Pflege befindlichen Irren gebildet werden. Dieselben sollen bestehen aus dem Provinzialarzte, einem Psychiater (dies soll der Professor der Psychiatrie sein für den Fall, dass er nicht Irrenanstaltsdirector ist) und einem Mitgliede der Provinzialsanitätsbehörde. Sie haben in häufigen Besuchen zu wachen über die hygienischen Verhältnisse der Localitäten, über die Irrenbehandlung und über die Beobachtungen der Gesetze und Verordnungen, welche diese betreffen, mit specieller Rücksicht auf die Aufnahmen und Entlassungen. Sie haben dem Präfecten zu berichten, der erforderlichenfalls an den Minister des Inneren berichtet.

31. Der Provinzialrath hat zu sorgen für die Irrenanstalten, in denen die armen Irren aufzunehmen sind, für deren Unterhaltung, für ihre sachgemässe Behandlung, für die Ordnung ihres Hin- und Rücktransportes zu und von der Anstalt. In der regelmässigen jährlichen Tagung setzt er den Durchschnittstagespreis für die Unterhaltung der Irren fest, den er den Gemeinden und den interessirten anderen Provinzen mitzutheilen hat.

Uebergangsbestimmungen.

32. Innerhalb eines Jahres nach Veröffentlichung des Gesetzes haben alle Anstalten ihre organischen Statute dem Minister d. I. einzureichen; dieselben werden durch königliches Dekret bestätigt. In den Statuten der öffentlichen Anstalten ist zu sorgen für die Neubildung oder Erhaltung schon bestehender Anordnungen für die Beschützung der aus der Anstalt entlassenen armen Irren.

Nach Genehmigung der Statuten haben die Verordnungen innerhalb 6 Monaten die inneren Regulative auszuarbeiten, die von dem Präfecten nach Anhörung der Provincialaufsichtscommission zu bestätigen sind.

33. Alle Anstalten und Bürger, welche nicht die Bedingungen der § 2, 3, 5, 6, 24 und 25 erfüllen, haben innerhalb eines ihnen vorzuschreibenden Termins und jedenfalls innerhalb 6 Monaten nach dem Inkrafttreten des Gesetzes dessen Bedingungen nachzukommen.

34. Beim Inkrafttreten des Gesetzes haben die Directoren alle auf eigene Kosten Verpflegte dem Staatsanwalte anzuzeigen behufs Ausführung der § 16 und 17.

35. Mit Inkrafttreten des Gesetzes werden die Inspectionen aller Anstalten nach § 29 beginnen. Der Minister des Innern wird berechtigt

sein auf den Bericht der Inspectionen, nach Anhörung des interessirten Provinzialrathes für die öffentlichen Anstalten die Ausführung jener Arbeiten und die Anschaffung jener Geräthe, welche für einen regelmässigen Dienst und für die Hygiene für nöthig gehalten werden, obligatorisch zu machen. Ebendieselbe Verpflichtung kann den Privatanstalten auferlegt werden, die im Weigerungsfalle zu schliessen sind.

Strafbestimmungen.

36. Bei schweren Ueberschreitungen des Gesetzes kann der Minister des Innern die Verwaltungen auflösen; er kann die Licenz der Privatanstaltbesitzer, die Stellung der ärztlichen Directoren aufheben und widerrufen und alle sonstigen nöthigen Maassnahmen treffen. Im Falle der Schliessung wird der Minister mit dem Präfecten für die Unterbringung der Irren sorgen. Jeder an einer Irrenanstalt Angestellte, welcher sich Grausamkeiten oder Gewaltthätigkeiten zu Schulden kommen lässt, muss vom Director dem Staatsanwalte zur Bestrafung nach dem Strafgesetzbuche angezeigt werden. Dasselbe gilt für die Fälle, wo durch die Nachlässigkeit des Dienst- oder Assistenzpersonales Unglücke veranlasst werden.

Justizirrenanstalten.

37. In die Justizirrenanstalten sind aufzunehmen:
a) die nach der Verurtheilung erkrankten Irren,
b) die zu beobachtenden Untersuchungsgefangenen,
c) die auf Grund der Unzurechnungsfähigkeit (ital. Straf-G.-B. § 46 = deutsch § 51) Freigesprochenen, falls sie als von schwerer, andauernder Gefahr für die gesellschaftliche Sicherheit erkannt werden,
d) die auf Grund der Semiresponsabilität (it. Straf.-G.-B. § 47) Verurtheilten, wenn ihr Geisteszustand specielle Behandlung und Bewachung erheischt.

Für die unter b und c Genannten müssen besondere Abtheilungen errichtet werden.

38. In den Strafanstalten können in besonderen Abtheilungen bleiben die transitorischen oder harmlosen Irren und die kurz vor dem Ende der Strafe Erkrankten.

39. Die Dislocirung der Verurtheilten von der Straf- zu der Justizirrenanstalt erfolgt auf Befehl des Ministers auf Grund des Gutachtens des Strafanstaltsarztes oder auch anderer Irrenärzte.

40. Die Dislocirung der Untersuchungsgefangenen hat in gleicher Weise auf Anordnung des Gerichtshofes stattzufinden; letztere ist auch nöthig, um die Betreffenden in Freiheit zu setzen.

41. Der Vorsitzende des Gerichtshofes hat nach gehöriger Information zu entscheiden, ob ein in der Justizirrenanstalt befindlicher verurtheilter Irre nach Ablauf der Strafzeit daselbst zu verbleiben hat, der Familie oder einer anderen Irrenanstalt zu übergeben ist. Hören die Gründe für die Unterbringung in einer Justizirrenstalt auf, so hat genannter Vorsitzende die betreffende Verordnung zurückzunehmen.

42. Die Aufnahme der § 37 unter c genannten Individuen erfolgt nach den geltenden Bestimmungen; ihre Entlassung wird vom Richter angeordnet auf Grund einer motivirten Erklärung des Anstaltsdirectors und

ev. eines oder mehrerer Irrenärzte, die besagt, dass ihre in Freiheit-Setzung gefahrlos sei.

43. Die Unterhaltungskosten für die verurtheilten Irren und die Untersuchungsgefangenen trägt der Staat. Für die § 41 und 42 erwähnten Individuen sind die Kosten nach den für andere Irre geltenden Bestimmungen zu bestreiten.

44. Die Ueberwachung und Inspection der Justizirrenanstalten erfolgt nach den Bestimmungen des § 20.

45. Nähere Ausführungsbestimmungen durch königliches Dekret; Aufhebung aller entgegenstehenden Gesetze und Verordnungen.

Vorstehendes sind im Wesentlichen die Bestimmungen des neuen italienischen Gesetzes. [1]) Wie nöthig wäre in Preussen, wo die von Lombroso und Tamburini gerügten Missstände durchgehend in keineswegs geringerem Umfange herrschen, eine gesetzliche Regelung des Irrenwesens? Der italienische Gesetzentwurf könnte, mit den nöthigen Abänderungen auch bei uns zum Gesetz erhoben, recht viel Gutes stiften. Durch die im nächsten Jahre in Kraft tretende Novelle zum Unterstützungswohnsitz-Gesetze, welche ja an sich sehr wünschenswerthe Bestimmungen enthält, werden die Verhältnisse der bestehenden Anstalten sicherlich nicht verbessert werden. England, Frankreich, Belgien haben eine wirkliche Irrengesetzgebung, Italien giebt sich eben ein Gesetz; wird Preussen der letzte Staat sein, der das Irrenwesen auf gesetzlichem Wege ordnet? Wie lange müssen noch von allen Seiten Klagen ertönen, bis man auch hierfür Zeit findet?

Strauscheid.

Das von Verga, Castiglioni und Biffi geleitete, 1864 gegründete Archivio delle malattie mentali e nervose hat mit Schluss des vorigen Jahres selbstständig zu erscheinen aufgehört und verschmilzt mit der Rivista sperimentale. Zu gleicher Zeit haben das Giornale di Nervologia von Vizioli und la Psichiatria von Buonomo und Bianchi sich vereinigt. Damit wird in zumal für das Ausland angenehmer Weise endlich die übergrosse Zahl der italienischen neurologischen und psychiatrischen Zeitschriften wenigstens in etwa verringert. Es bleiben ausser den genannten immer noch 5 Special zeitschriften unseres Faches bestehen. Strauscheid.

Die preussische Novelle zum Unterstützungs-Wohnsitz-Gesetze, vom 11. Juli 1891, die von uns mehrfach besprochen worden ist, macht allmählich in den Provinzial-Verwaltungen ihre Wirkung geltend. Wir haben schon früher darauf hingewiesen, dass die Provinz Sachsen den Bau einer grossen Anstalt für 800 Epileptiker und Idioten aller Kategorien unter Aufstellung eines wohldurchdachten Bauprogramms beschlossen hat. In Schlesien wird sich der Provinzial-Landtag mit dieser Materie zunächst nicht befassen, vielmehr lassen mehrere officiöse Mittheilungen der Schlesischen Zeitung erkennen, dass der Provinzial-Ausschuss zunächst ein

---

[1]) Der Entwurf ist am 18. Februar im italienischen Senat acceptirt worden und dürfte bald das Abgeordnetenhaus beschäftigen.

Provisorium schaffen wird. Dem nächsten Bedürfniss bis zum 1. April 1893 soll dadurch genügt werden, dass schleunigst ein Landgut zur Unterbringung von Epileptikern und Idioten aller Kategorien mit Ausschluss des bildungsfähigen, angekauft und für die dringendsten Anforderungen aptirt wird. „Ausserdem — so heisst es in einer officiösen Nachricht — soll mit grösseren leistungsfähigen Privatanstalten wegen Unterbringung von Idioten und Epileptikern in Verbindung getreten werden; es ist zu hoffen, dass wenigstens ein Theil der jugendlichen und bildungsfähigen Idioten, der Epileptischen in den vorhandenen Privat-Anstalten werde Aufnahme finden können, und man erwartet, dass diese Anstalten mit entsprechenden Anträgen an die Provinzial-Verwaltung herantreten werden."

Die Privatanstalten werden sich das wohl nicht zweimal sagen lassen; es bestehen jetzt in Schlesien 6 Privat-Idioten-Anstalten, von denen nur eine, die einen ausgesprochenen confessionellen Character trägt, als in höherem Maasse quantitativ leistungsfähig gelten kann, nämlich das Deutsche Samariter-Ordensstift in Kraschnitz.

Der Pommersche Provinzial-Landtag hat sich den Anforderungen des neuen Gesetzes gegenüber damit begnügt, der pastoralen Anstalt zu Kückenmühle 345 000 Mark für Erweiterungsbauten zu überweisen.

Anstalten der inneren Mission werden auch in Brandenburg bei der Erweiterung der dortigen Provinzial-Irren-Fürsorge in Frage kommen, jedoch in der Weise, dass die betreffenden bei Potsdam gelegenen Anstalten von dem Provinzial-Verbande angekauft werden. Die bisherige Idioten-Anstalt Wilhelmstift ist für bildungsfähige Idioten der Provinz, die Epileptiker-Anstalt zu Potsdamer Forst für nicht geisteskranke Epileptiker bestimmt. Diese Projecte bilden jedoch nur einen Theil eines umfassenden, das gesammte Irrenwesen der Provinz umgestaltenden Reorganisations-Plans, den der ehrwürdige Geheimrath Zinn dem Provinzial-Landtage am 25. Februar vorgetragen hat. Zinns auch in einer besonderen Denkschrift vorliegende Vorschläge hat der Landtag „einstimmig unter lebhaftem Beifall" genehmigt. Brandenburg thut damit den entscheidenden Schritt zu einer Organisation grossen Stils und durchaus modernen Characters. Die drei grossen Anstalten der Provinz, Landsberg mit 700, Eberswalde mit 800, Sorau mit 600 Irren sollen von ihren Siechen entlastet und dem Heilzweck und auch der Aufnahme von Pensionären mehr zugewandt werden. Im Westen der Provinz soll eine zunächst auf 1000 Betten berechnete, bis je 1600 Betten erweiterungsfähige Anstalt mit einem Areal von 5—600 Morgen begründet und bis Sommer 1897 fertig gestellt werden; der Bau soll mit der ersten Rate von 121 300 Mark baldigst beginnen. Diese neue, vierte Landesirrenanstalt soll neben den siechen Irren auch die „körperlich und geistig verkommenen" unheilbaren Geisteskranken aufnehmen, welche gleichzeitig an Epilepsie leiden, und ferner, so weit erforderlich, nicht bildungsfähige, der Anstaltspflege bedürftige Idioten.

Die Wittstocker Irrenpflege- und Siechenanstalt soll ferner 250 möglichst wenig schwer zu verpflegende sieche Geisteskranke aufnehmen. Zur Pflege von 200 nicht bildungsfähigen, aber einer Anstaltspflege bedürftigen Idioten soll das bisherige Landarmen- und Corrections-Haus zu Lübben umgewandelt werden. Was die Zahl der Anstaltsbedürftigen Idioten und

Epileptiker betrifft, so glaubt Zinn eine Aufklärung nur von der Erfahrung erwarten zu dürfen, hält aber eine Zahl von 8—900 Idioten für viel zu gering beziffert. Er betont besonders die Aussicht auf eine Verringerung des beunruhigend anwachsenden jugendlichen Verbrecherthums durch eine gut organisirte Idiotenfürsorge.

Die Zinn'schen, nunmehr vom Landtag acceptirten Vorschläge geben die Grundzüge einer Fürsorge für mehr als 5000 Geisteskranke im weiteren Sinne in einer Provinz von 2 600 000 Einwohnern, (Eberswalde 800, Landsberg 700, Sorau 600, Potsdam 8—900, Irren-Siechen-Anstalt 1600, Lübben 200, Wittstock 250), und damit eines Werks, das wohl den Höhepunkt des in Preussen und Deutschland erreichbaren für lange Zeit darstellt.

— **P. Sollier** bespricht im Progrès médical Nr. 37. 1891, die Ursachen der Abnahme der Heilungen in den französischen Irrenanstalten.

Im Jahre 1864 betrugen die Heilungen 27, 57 %, – 1874 25,8% und im letzten Jahre 20—22%, während in England der Procentsatz von Heilungen 40—41, also ungefähr das Doppelte der in Frankreich erhaltenen Zahl beträgt. Allerdings meint Pierret dass sich ein Vergleich der statistischen Berichte aus verschiedenen Ländern nicht gut anstellen lässt, weil die verschiedenen Anstalten sehr verschiedene Classen Geisteskranker aufnehmen, nichtsdestoweniger aber steht es fest, dass die Zahl von Heilungen in Frankreich eine geringe ist, und allmählich immer mehr abnimmt. Pierret sieht den Grund für diese Thatsache darin, dass ungefährliche Kranke der niedern Classen immer später in die Anstalten kommen, wodurch natürlich die Chancen für ihre Heilung sehr herabgesetzt werden. Sollier hält das jedoch nicht für den wirklichen Grund, und führt zum Beweise dafür an, dass in den Privatanstalten, z. B. Charenton, der Procentsatz der Heilungen kein höherer ist. Wenn man aber auch zugiebt, dass dies Moment eine Rolle spielt, so kann es jedenfalls zur Erklärung der merkwürdigen Thatsache nicht genügen, denn die immer zunehmende Zahl von geisteskranken Alcoholisten die in die öffentlichen Anstalten kommen, müsste das Gleichgewicht wieder herstellen. Verf. sucht die Ursache in einem ganz andern Umstand, nämlich in der unvollständigen, besonders psychisch unzureichenden Behandlung der Patienten in den allzugrossen Anstalten, deren Leiter mit administrativen Arbeiten überladen, dazu neigen, die psychische Behandlung gegenüber der medicamentösen Therapie, zu vernachlässigen. Ein Director, der 5—600 Patienten hat, kann, bei der Masse von Verwaltungsgeschäften, die auf ihm lastet, sich unmöglich mit jedem einzelnen eingehend befassen. Verf. sieht einen Fehler in der von ihm nachgewiesenen mangelhaften Trennung der einzelnen Abtheilungen nach den Krankheitszuständen und schlägt zur Hebung dieses Missstandes eine Theilung in Unheilbare und Heilbare vor, und innerhalb der letzteren Gruppe sollen die Alkoholiker dann noch eine gesonderte Abtheilung bilden. Wir registriren hiermit eine neue Stimme derer, welche aus der Unübersehbarkeit der modernen grossen Anstalten die Nothwendigkeit der Errichtung besonderer Heilanstalten oder doch getrennte Abtheilungen für Heilbare folgern. Kurella.

Inhalt des März-Hefts.

Buchdruckerei von Kindt & Meinardus, Coblenz.

CENTRALBLATT
für
Nervenheilkunde und Psychiatrie.
Internationale Monatsschrift
für die
gesammte Neurologie in Wissenschaft und Praxis mit besonderer
Berücksichtigung der Degenerations-Anthropologie.

XV. Jahrgang, 1892 April. Neue Folge III. Band.

I. Originalien.

I.

Ueber Ursachen und über Vererbung auf dem Gebiet der Nerven- und Geisteskrankheiten.

Von Professor Rieger in Würzburg.

Einleitung.

Als oberste Eintheilung auf dem ganzen Gebiete der Nerven- und Geisteskrankheiten empfiehlt sich am Meisten folgende:

I. Organische, anatomisch nachweisbare Krankheiten (Beispiele: Progressive Paralyse, Tabes, Neuritis, Mikrocephalie, Porencephalie).

II. Aetiologisch bestimmbare Krankheiten (Beispiele: Delirium tremens, Cretinismus, Pellagra).

III. Einfache, funktionelle, bloss symptomatisch characterisirbare Krankheiten (Beispiele: Paranoia etc., Idiotie, Epilepsie, Hysterie).

Diese Eintheilung umfasst alles, sowohl die von Geburt an manifesten als die erst im späteren Leben ausbrechenden Störungen. Die innerhalb der einzelnen Gruppen zu machenden Unterabtheilungen interessiren uns hier nicht.

Dass Gruppe II „Ursachen" hat, ist selbstverständlich. Sie repräsentirt ja eine aetiologische Kategorie. Und zwar sind hier nur solche

Ursachen zulässig, welche auf das Individuum selbst eingewirkt haben, sei es in utero oder im extrauterinen Leben. Dieser Satz ist wichtig und vorderhand nicht selbstverständlich, weshalb später noch genauer auf ihn zurückzukommen sein wird. Diese Gruppe ist numerisch sehr schwach vertreten.

Bei Gruppe I ist in manchen Fällen ausser der anatomischen Diagnose auch noch eine bestimmte aetiologische möglich. Und diess sind die diagnostisch am Höchsten stehenden, sich einem diagnostischen Ideal am Meisten nähernden. Aber auch sie sind numerisch schwach vertreten. Beispiele: Hirngumma, Neuritis diphtheritica. In Gruppe I werden diese trotzdem gestellt nach dem Satz: a parte potiori fit denominatio, weil die anatomischen Charactere die pars potior darstellen. Die progressive Paralyse und die Tabes, die numerisch weitaus überwiegenden Repräsentanten von Gruppe I, participiren nicht an dem eben characterisirten Vorzug, dass anatomische und aetiologische Diagnose zugleich möglich ist. Sie sind im besten Falle nur durch bestimmte anatomische Merkmale characterisirt. Ein sicherer Rückschluss auf eine bestimmte Ursache, so wie bei der gummösen, tuberkulösen etc. Hirn- oder Rückenmarkserkrankung, aus dem anatomischen Befund ist hier nicht möglich. Das paralytische Hirn oder das Tabes-Rückenmark eines Syphilitischen sieht z. B. nicht anders aus als das eines Nicht-Syphilitischen. Trotzdem hoffe ich aber später nachweisen zu können, dass bei diesen Krankheiten doch in viel höherem Grade von wirklichen Ursachen die Rede sein kann als bei den „einfachen" Geistes- und Nervenkrankheiten.

Bei diesen, also in Gruppe III, ist in der Regel aus dem individuellen Leben der Betroffenen gar nichts nachweisbar, was vernünftigerweise als causa sufficiens der Störung betrachtet werden könnte. Der Begriff „einfach" ist ein wesentlich negativer, der bezeichnen soll, dass weder bestimmte anatomische noch bestimmte aetiologische Merkmale vorliegen. Diese Gruppe umfasst die diagnostisch werthlosesten, leider aber auch weitaus zahlreichsten Symptomencomplexe. Vielfach ist hier weiter gar nichts Positives zu sagen abgesehen von einer Aufzählung der gegenwärtigen Symptome. Was sie hervorgerufen hat und was dabei eigentlich im Nervensystem vorgeht, wissen wir nicht.

Wir müssen unablässig bemüht sein diese Gruppe einzuengen und dafür den beiden andern Boden zu gewinnen, aber nicht durch werthlose Hypothesen sondern durch wirkliche thatsächliche Nachweise. Doch sind auch noch ziemlich unbestimmte, wenn nur thatsächlich begründete aetiologische Krankheitskategorieen werthvoller als die bloss symptomatischen. So wäre z. B. die „traumatische Neurose", die in neuerer Zeit eine grosse Rolle spielt, wenn sich ein solcher Symptomencomplex auf solider empirischer Grundlage behaupten lässt, desshalb ein diagnostischer Gewinn, weil damit eine characteristische Symptomengruppe in Beziehung gesetzt wäre zu einer bestimmten Ursache, die man etwa als Erschütterung des Nervensystems ohne sichtbare Continuitätstrennung bezeichnen könnte. Höher im diagnostischen Rang stehen natürlich diejenigen Störungen, welche man nicht auf eine bloss unsichtbare Erschütterung, sondern auf sichtbare Veränderungen im Nervensystem zurückführen kann. Aber den mittleren Rang der diagnostischen Brauchbarkeit nähme immerhin die „traumatische

Neurose" ein. Daraus folgt, dass es zwar überaus verfehlt wäre, etwa einen traumatischen Fall, bei dem man eine bestimmte anatomische Diagnose stellen kann, bloss mit der Etikette: „traumatische Neurose" abzufertigen (oder gar mit: railway-spine-brain oder ähnlichen Niaiserieen!); denn im Vergleich zu einer anatomischen Diagnose sind die Worte: „traumatische Neurose" nichtssagend; — dass man aber auch in der diagnostischen Rangordnung gerade so wenig, als vom ersten zum zweiten, vom zweiten zum dritten Rang ohne Noth herabsteigen soll. Ist also Angesichts eines durch Trauma entstandenen Falles eine Diagnose ersten Ranges nicht möglich, so ist doch eine solche zweiten Ranges immer noch weit besser als eine solche dritten Ranges. Würde man einen Menschen, der in unmittelbarer und evidenter Abhängigkeit von einer schweren Hirnerschütterung Symptome von Gemüthsdepression verbunden mit starkem Zittern und etwa noch Hautanästhesieen und Störungen der Sehfunktionen zeigt, z. B. als „melancholisch" bezeichnen, weil die Gemüthsdepression das hervorstechendste Symptom, die pars potior zu sein scheint; so wäre diess ebenso verfehlt, wie wenn man einen Anfall von Delirium tremens etwa bloss mit der Diagnose: Hallucinationen abfertigen wollte, wie diess allerdings leider noch vielfach von den Aerzten geschieht, die sich nur durch das gerade am Auffälligsten hervorstechende Symptom imponiren lassen, desshalb den characteristischen Symptomencomplex übersehen und damit das einzig Wesentliche, die aetiologische Diagnose, versäumen, von welcher auch in Prognose und Therapie alles abhängt. Den Einwand also, dass man eine „traumatische Neurose" überhaupt nicht brauche, weil man ja nach den Symptomen vor allem eine „Melancholie", „Neurasthenie" u. s. w. diagnosticiren solle, muss ich auf das Entschiedenste zurückweisen. Letztere Begriffe sind nichts mehr als Worte, mit denen weiter nichts bezeichnet wird als ein status präsens, ohne dass über Vergangenheit und Zukunft des Falls irgend etwas damit ausgesagt ist. An und für sich sind es die werthlosesten Diagnosen, die es giebt. Ein klein wenig werthvoller werden sie z. B. in dem Falle, wenn ein erfahrener Arzt auf Grund seiner Beobachtung vieler ähnlicher Fälle den Ausspruch wagen kann, dass diese „Melancholie" nur einen einmaligen vorübergehenden Krankheitsanfall mit nachheriger restitutio in integrum darstellt; diese einen periodischen Zustand; diese den Beginn einer dauernden Geistesstörung. Besonders gut sieht es aber auch mit diesen prognostischen Diagnosen in der Regel nicht aus. In positiver Hinsicht steht eine solche Diagnose kaum höher, als dass man Angesichts eines Menschen, der den Kopf hängt und jammert, den Mund zu dem Wort: „Melancholie" aufthut. Dass man dabei nicht mehr an schwarze Galle denkt, nimmt zwar dem Begriff einen falschen und abergläubischen Inhalt, macht ihn aber damit auch noch inhaltsleerer. Nur als Negation kann eine solche Diagnose einigermassen Respect beanspruchen, sofern sie nämlich ausschliesst: organische Hirnkrankheit und bestimmte Aetiologie.*)

Sagt man aber: „Melancholie", wo man Hirntumor oder wo man

---

*) Eine andere Negation ist allerdings auch noch sehr wichtig, welche in dem Wort eingeschlossen liegt: nämlich die, dass der Kranke „nicht bloss so thut". Sie setze ich aber als selbstverständlich voraus.

Alkoholismus sagen sollte, so hat man ein in diagnostischer Hinsicht leeres Wort gesagt.

Noch nichtssagender ist das Wort: „Neurasthenie“. Ich brauche es nie im Ernst, weil ich nicht einsehe, warum man sich mit einem griechischen Wort wichtig machen soll, das doch absolut nicht mehr besagt als irgend ein noch so trivialer Alltagsausdruck, etwa „angegriffene Nerven“ oder dergleichen.*)

Können wir also für einen Symptomencomplex eine characteristische Aetiologie finden, so machen wir diese zum diagnostischen und classifikatorischen Merkmal. Daraus folgt aber auch unmittelbar, dass es in Gruppe III keine wahren Ursachen geben kann. Denn stünde ein Symptomencomplex unter dem Zeichen einer wahren Ursache, so wäre er sofort einen Rang höher zu stellen und aus Gruppe III in Gruppe II zu versetzen. Trotzdem wimmelt es aber in den Lehrbüchern von „Ursachen“ auch für die „einfachen“ Geistes- und Nervenkrankheiten; also für alles das, was man unter den Kategorieen: Hysterie, Epilepsie und verwandte „funktionelle Neurosen“; dann unter der „einfachen“ Geisteskrankheit (Dementia simplex, Paranoia, Zwangsgedanken, Melancholie, Manie etc.) zusammenfasst. Ich werde nun in diesen Blättern im Laufe der nächsten Zeit meine Gedanken über wahre und falsche Ursachen darzulegen und zu beweisen versuchen. Heute will ich vorläufig nur die Hauptsätze zusammenstellen, um deren ausführlichen Beweis ich mich später bemühen werde.

Mein erster Satz bezieht sich auf meine oben characterisirte Gruppe II und lautet: Die aetiologischen Merkmale der Krankheitsgruppe II bezeichnen wahre Ursachen, und nur solche Symptomencomplexe, auf welche diess zutrifft, dürfen in diese Gruppe aufgenommen werden.

Ueber Gruppe I., die der anatomisch nachweisbaren Nervenkrankheiten stelle ich folgenden Satz auf: Wir kennen bei ihnen in der Regel heutzutage erst die causa proxima (den anatomischen Befund) und nicht die causa remotior, deren Nachweis darin bestehen müsste, dass wir die Schädlichkeit aufzeigten, welche früher in den Körper eingedrungen ist und allmählich durch verschiedene, nachzuweisende Mittelglieder hindurch die anatomischen Veränderungen bewirkt hat. Dieses Ziel müssen wir aber unablässig verfolgen.

Ueber Gruppe III, die der „einfachen“ Geistes- und Nervenkrankheiten und über den bei ihnen wesentlich in Betracht kommenden Begriff der Vererbung stelle ich folgende Sätze auf:

Bei den einfachen Geisteskrankheiten lassen sich keine Ursachen aus dem individuellen Leben der Betroffenen nachweisen. Desshalb kann hier von wahren Ursachen nicht gesprochen werden. Wenn überhaupt an etwas anderes angeknüpft werden kann, so höchstens an andere Krankheitsfälle, welche schon in der Blutsverwandtschaft vorgekommen sind. Ueber diese Beziehung, die keine ursächliche im strengen Sinne ist, lässt sich aber Folgendes sagen: Die auf statistischer Grundlage unerschütterliche Thatsache, dass Geisteskrankheiten nicht über alle Familien gleichmässig ver-

*) Ausdrücke wie: Cerebrasthenie, Myelasthenie halte ich zusammen mit ähnlichen Wortbildungen überhaupt nicht mehr für ernsthaft discutabel.

breitet sind, sondern in manchen weniger, in manchen mehr Anhäufung zeigen, hat nichts zu thun mit der Vererbung einer Krankheit in dem Sinne, wie etwa Syphilis vom Vater auf das Kind vererbt wird. Die familienhafte Anhäufung von Geisteskrankheiten kann für einen neuen Fall niemals als „Ursache" bezeichnet werden. Der neue Fall ist als eine weitere symptomatische Aeusserung des Familiencharacters zu betrachten, dessen Bedingungen selbst stets unsrer Einsicht entzogen sind. Es ist desshalb auch gleichgiltig, ob die früheren Fälle bei Ascendenten, Descendenten oder Seitenverwandten vorgekommen sind; nur auf das mehr oder weniger gemeinsame Blut kommt es an.

Ist in einer Blutsverwandtschaft bis jetzt kein anderer Fall bekannt geworden, so kann der erste, der ausbricht, trotzdem gegebenen Falls geradesogut als ein Symptom von Familienanlage aufgefasst werden. Die Wahrscheinlichkeit, dass auch noch andere in der Familie nachfolgen werden, wächst damit einigermaassen.

Auf die Form der Geistes- oder Nervenkrankheit hat die Familienanlage in der Regel keinen Einfluss. In einer Blutsverwandtschaft kommen die allerverschiedensten Formen, dauernde und vorübergehende, vor und im Lauf von Generationen verschwindet auch alles wieder. Auch schliesst die Thatsache, dass viele Fälle in einer Familie vorgekommen sind, für einzelne Familienglieder ununterbrochen normale Zustände absolut nicht aus; von einer das Individuum beherrschenden Gesetzmässigkeit in dieser Beziehung kann keine Rede sein. Daraus folgen die zwei wichtigen Sätze:

1. Aus der Thatsache allein, dass schon viele Blutsverwandte geisteskrank gewesen sind, darf absolut nicht der Schluss gezogen werden, (z. B. in einem gerichtlichen Falle), dass das fragliche Individuum auch abnorm sein müsse.
2. Die Prognose einer thatsächlich ausgebrochenen psychischen Störung wird durch den Nachweis einer starken Familienanlage allein noch durchaus nicht verschlechtert, da letztere sich jederzeit auch in bloss vorübergehenden Krankheitsanfällen äussern kann. Der häufig gehörte Satz: „Die Prognose der vorliegenden Erkrankung ist schlecht wegen starker erblicher Anlage" — ist falsch. (Fortsetzung folgt.)

II.

Zur Symptomatologie der Tabes.

Von Professor O. Rosenbach in Breslau.

Es könnte überflüssig erscheinen, noch Beiträge zu dem Symptomencomplexe der Tabes, der doch zu den am besten studirten gehört, liefern zu wollen, und doch habe ich mich dazu entschlossen, zwei Phänomene der Aufmerksamkeit der Fachgenossen zu empfehlen, die in zweifelhaften Fällen von Nutzen für die Diagnose werden können. Gerade die frühzeitige Diagnose der Tabes ist ja von immenser Wichtigkeit, denn ich habe mich wie alle

anderen Forscher im Laufe der Jahre mehr und mehr davon überzeugt, dass die aus rechtzeitiger Erkenntniss der Erkrankung sich ergebende Möglichkeit, den Patienten von allen Schädlichkeiten — zu denen Anstrengung der Beine durch forcirtes Marschiren oder langes Stehen, Abkühlung der unteren Extremitäten, sexuelle Excesse in erster Linie zu rechnen sind — fernzuhalten, von den wohlthätigsten Folgen für das Befinden ist.

Auf eins der hier zu besprechenden Zeichen habe ich schon früher [1]) aufmerksam gemacht; es ist die auffallende Verstärkung des Bauchdeckenreflexes bei Tabikern. Nun hat man natürlich ja kein absolutes Mass für die Stärke des eben erwähnten Reflexes, aber durch Uebung und Erfahrung wird man ja doch bald in den Stand gesetzt, ein zufriedenstellendes Urtheil über die In- und Extensität des Abdominalreflexes bei den verschiedenen Altersclassen und Individuen zu gewinnen. So stark die Reflexe bei Kindern zu sein pflegen, so schwach sind sie häufig bei älteren Personen, und während sie bei jugendlichen Individuen und straffen Bauchdecken auch bei vielfacher Wiederholung ansprechen, sind sie bei älteren Personen oft schon beim zweiten oder dritten Male nicht mehr auszulösen, und es bedarf einer Ruhepause, um die Ermüdung der Reflexapparate zum Verschwinden zu bringen. Namentlich bei Individuen mit schlafferen Bauchdecken, wie z. B. Frauen, die öfter entbunden haben, oder Personen, die an habitueller Obstipation leiden und viel Abführmittel gebraucht haben, ist oft der Reflex nur wenig deutlich und beschränkt sich auffallend häufig auf eine kleinere Partie der Bauchwand, anstatt sich durch eine stärkere Einziehung der ganzen Vorderfläche des Abdomens zu manifestiren. Nun kann ich nach sehr zahlreichen Untersuchungen den Satz aufstellen, dass bei Erwachsenen sich ceteris paribus der stärkste Bauchreflex wohl bei Tabikern findet, und dass, wenn ein auffallend schwaches Kniephänomen oder das Ausbleiben desselben bei einem älteren Individuum (von den 30er Jahren ab) zur Beobachtung kommt, sich bei dem Untersuchten, — falls es sich überhaupt nicht um ganz atrophische, schlaffe Bauchmuskeln handelt, — der Bauchdeckenreflex von ungewöhnlicher Stärke sein wird. In einer ganzen Reihe von Fällen, in denen allein das Verhalten des Patellarreflexes beim Fehlen aller sonstigen Erscheinungen namentlich atactischer Natur, die Annahme einer Tabes nahelegte, habe ich durch das geschilderte Verhalten des Bauchdeckenreflexes die Diagnose sichern können und späterhin durch den weiteren Verlauf des Falles eine Bestätigung meiner Annahme erhalten. Es steht also der Bauchdeckenreflex anscheinend in einem antagonistischen Verhältniss zum Patellarreflex, d. h. ein starker Patellarreflex, der bei Hemiplegischen so frühzeitig als eins der sichersten Merkmale der halbseitigen Lähmung auftritt, ist auffallend häufig vergesellschaftet mit dem für halbseitige Lähmung characteristischen Fehlen des Bauchdeckenreflexes der gelähmten Seite. Umgekehrt wiederum ist das Ausbleiben des Patellarreflexes auffallend häufig gleichzeitig mit einer beträchtlichen Verstärkung des Abdominalreflexes zu beobachten. Es ist also dieser Antagonismus der Reflexe geeignet in zweifelhaften Fällen die Diagnose der Tabes ebenso zu stützen wie die der halbseitigen, von Gehirnleiden abhängigen Körperlähmung. [2])

---

[1]) Artikel „Sehnenphänomene" in Eulenburgs Realencyclopädie.

[2]) O. Rosenbach. Zur Symptomatologie cerebraler Hemiplegieen, Arch. f. Psych. Bd. VI. und Erlenmeyers Centralblatt 1879.

Der Grund für das antagonistische Verhalten ist wohl darin zu suchen dass der Patellarreflex seinen Bogen nur im Rückenmarke hat — ganz abgesehen davon, dass er auch vom Cerebrum aus eine Hemmung erfahren kann —, während der Bauchdeckenreflex, der zur Athmung in gewissen Beziehungen steht, seinen Reflexbogen mindestens in der Höhe der Medulla oblongata, wahrscheinlich aber noch höher hinauf — bis zu den grossen Ganglien — erstreckt.

Ein zweites Zeichen, das eine gewisse diagnostische Bedeutung beanspruchen darf, liefert das Verhalten von Individuen, die den Verdacht der Tabes erwecken, und gerade solche Fälle besitzen ja eben die grössten diagnostischen Schwierigkeiten, gegenüber der Aufforderung, sich bei geschlossenen Augen auf die Zehenspitzen zu erheben. Sei es nun, dass sie dabei „die Hacken zusammennehmen", sei es, dass sie zwischen ihnen einen grösseren oder geringeren Raum lassen, sie sind nicht im Stande sich auf den Zehenspitzen zu erhalten, sondern machen die krampfhaftesten Anstrengungen, um auch nur eine Secunde lang auf den Zehenspitzen stehen zu bleiben. In vorgeschritteneren Fällen ist die eben erörterte Bewegung auch bei offenen Augen nur mit Schwierigkeit auszuführen. Bei der Prüfung dieses Verhaltens darf man aber, wenn man nicht Fehlschlüsse machen will, einen Umstand nicht ausser Acht lassen, nämlich, dass auch eine ganze Reihe von gesunden Personen die Kunst, auf den Füssen zu balanciren, im Anfange sehr schwierig findet; und man muss diesem Umstande dadurch Rechnung tragen, dass man die erste Bewegung überhaupt bei offenen Augen ausführen lässt. Nach zwei oder dreimaliger Wiederholung kann dann jeder Gesunde die Aufgabe ohne Schwierigkeit lösen, während sie für den Tabiker, sei sein Leiden auch erst im frühesten Beginn, unmöglich ist. Fälle allerdings, bei denen der tabische Symptomencomplex, wie dies ja ab und zu vorkommt, nur im oberen Theile des Rückenmarks localisirt ist, habe ich zu prüfen nicht Gelegenheit gehabt, und es ist wohl auch anzunehmen, dass unter solchen Verhältnissen das geschilderte Symptom im Stiche lassen wird. Endlich ist noch hervorzuheben, dass man überhaupt die Unfähigkeit mancher Personen, sich nur auf die Zehenspitzen zu erheben, geschweige denn sich in dieser Lage zu erhalten, nicht etwa allein auf bestehende Tabes zurückführen darf; denn die einfachste Beobachtung lehrt, dass ein solches Verhalten auch durch absolute Schwäche der Unterschenkel-Muskulatur bedingt sein kann, und für solche Personen kommt natürlich unser Symptom, das ja nicht die Muskelkraft, sondern nur die Coordinationsfähigkeit der Muskulatur der Unterextremitäten zu prüfen bestimmt ist, nicht in Betracht. Das hier besprochene Zeichen darf somit nur bei Personen, deren Muskelkraft an den unteren Extremitäten anscheinend nicht gelitten hat, in Anwendung gezogen werden.

Uebrigens zeigen muskelschwache Individuen bei offenen und bei geschlossenen Augen dasselbe Verhalten, wenn man sie auffordert, sich auf die Zehen zu stellen; sie sind meist überhaupt nicht im Stande ihren Körper auf die Zehen zu erheben.

Es wäre mir erfreulich, wenn die hier geschilderten Phänomene Beachtung und unparteiische Nachprüfung von Seiten der Herren Fachge-

nossen fänden; das von mir*) früher geschilderte, für Neurasthenie so characteristische Zeichen, dass Neurastheniker höheren Grades nicht im Stande sind, die Augen fest zuzukneifen und sie fest geschlossen zu halten, hat leider bis jetzt, wenn ich von einer Mittheilung von Pelizäus absehe, gar keine Beachtung gefunden.

II. Original-Vereins-Berichte.

Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

Sitzung vom 12. Januar 1892.

106) Discussion über den Vortrag des Herrn Siemerling: Zur patholog. Anatomie der Poliomyelitis anterior.

Siemerling möchte noch eine kurze literarische Notiz machen: Rissler hat eine Reihe von Fällen mitgetheilt, die er als Poliomyelitis beschreibt; die Fälle scheinen aber nicht rein gewesen zu sein. Die Fälle sind dadurch ausgezeichnet, dass sie am 5.—6. Tage nach der Erkrankung zu Grunde gingen.

107) Discussion über den Vortrag des Herrn Mendel: Zur patholog. Anatomie des Morbus Basedowii.

Siemerling hat Gelegenheit gehabt, einen Fall von M. B. anatomisch zu untersuchen; der Fall, welcher mit Morbus Addisonii complicirt war, wurde am 12. December 1887 von Oppenheim hier vorgestellt. Es wurde der ganze Hirnstamm untersucht. Beide Corp. restif., die Gegend des Glossopharyngeus, wie die des Respirationsbündels waren intact. Nur einige Blutungen waren in der Gegend des Vagus und Hypoglossus. Es fand sich ferner eine Degeneration im Sympathicus und Splanchnicus. S. hat des weiteren einen 2. Fall von Herrn Prof. Ewald bekommen. Die Corp. restif. zeigten makroskopisch keine Differenz; mikroskopisch ist der Fall noch nicht untersucht worden.

Köppen hat auch einen Fall mikroskopisch untersucht, über den er nächstens zu referiren beabsichtigt; es fand sich makroskopisch eine Röthung der grauen Substanz, mikroskopisch fand sich nichts. Jedenfalls waren corpora restiformia und Respirationsbündel intact.

Goldscheider: In einem von ihm untersuchten Falle war der eine Sympathicus etwas grauer als der andere; Medulla, Pons, Vagus, die Vaguszweige der Magenwand fand er intact. Ein anderer Fall ist vor kurzer Zeit gestorben, und noch nicht mikroskopisch untersucht worden; makroskopisch fand sich nichts.

Oppenheim möchte fragen, ob die Demonstrationsmethode, der sich Mendel bedient hat, im Stande sei, pathologisch-anatomische Veränderungen

*) O. Rosenbach. Ein häufig verkanntes Symptom der Neurasthenie, Erlenmeyers Centralblatt 1886 Nr. 17.

zu demonstriren. Er habe sich von den von M. behaupteten Veränderungen nicht überzeugen können. — Er hat in einigen Fällen von Tabes eine Atrophie der aufsteigenden Vaguswurzel gefunden. Auch Hagen hat einen solchen Befund erhoben. In einem anderen Falle fand O. eine Atrophie des Corpus restiforme; hier war intra vitam Tachycardie vorhanden gewesen. Ausserdem ist darauf hinzuweisen, dass auch die Larynxkrisen bei M. Basedowii vorkommen, was O. in 2 Fällen beobachten konnte.

Mendel hat nichts weiter zeigen wollen, als dass das eine Corpus retif. grösser sei als das andere, und dass eine Differenz in der Dicke beider Respirationsbündel vorhanden sei; für derartige grobe Sachen ist der Projectionsapparat genügend.

Oppenheim: Die Unterschiede in der Dicke der Solitärbündel seien oft durch die Weigertsche Färbung bedingt, weil die graue Substanz sie unregelmässig begleitet und manchmal in dieselben eindringt.

Jolly spricht sich zu Gunsten des Projectionsapparates für derartige Demonstrationen aus.

108) Leyden: Ueber chronische Myelitis und die Systemerkrankungen des Rückenmarks.

V. bemerkt, dass die eine Veranlassung zu seinem heutigen Vortrage ein kleiner litterarischer Streit sei, den er mit Flechsig habe; L. hat sich in einem Aufsatze gegen die Lehre von den Systemerkrankungen ausgesprochen; er hat dort den Ausdruck: „Flechsig'sche Systemerkrankungen" gebraucht; die zweite Veranlassung war der Vortrag Oppenheims „Zum Kapitel der Myelitis"; O. hat in seinem Vortrage auseinandergesetzt, dass das Kapitel der Myelitis gegenüber den alten Anschauungen des Vortragenden einer Revision bedürftig sei. — Wir finden in vielen Fällen anatomische Veränderungen, die sich entweder als graue Degeneration zu erkennen geben, oder welche nach der Erhärtung als hell gefärbte Stellen hervortreten; mikroskopisch sind alle diese Partien dadurch ausgezeichnet, dass Nervensubstanz verloren gegangen, das Bindegewebe verdickt ist; ausserdem finden sich Körnchenzellen und Corpora amylacea. Im ganzen sind die Processe anatomisch höchst übereinstimmend.

Früher wollte L. eine Differenz festgehalten wissen zwischen eigentlicher Sclerose und grauer Degeneration. Heute ist er sehr geneigt, diese Differenz fallen zu lassen, und zu sagen, dass sich ein bestimmter histologischer Unterschied nicht festtellen lässt.

Wir sind heute nicht in der Lage, aus einer mehr oder weniger starken Entwickelung des interstitiellen Bindegewebes einen Schluss zu ziehen auf die Natur des Processes, aus dem es hervorgegangen ist. -- Ein gewisser Theil der chronischen Erkrankungen des Rückenmarkes breitet sich strangförmig aus. Cruveilhier hat zuerst den Begriff der disseminirten Sclerose aufgestellt. Dann ging die Sache einen Schritt weiter dadurch, dass die Türk'schen Degenerationen bekannt wurden. Daran schlossen sich die Beobachtungen über primäre Degenerationen, namentlich die der Seitenstränge.

Von daher datirte die Lehre von den Systemerkrankungen; wir haben also zwei Gruppen: die strangförmige und die disseminirte.

Von diesen Erörterungen ist auszuschliessen die Syringomyelie und die Friedreichsche Krankheit.

Alle übrigen sclerotischen Processe im Rückenmark, abgesehen von der Tabes, der spinalen progressiven Muskelatrophie und Bulbärparalyse sind als chronische Myelitis aufzufassen.

V. glaubt, dass ihm seiner Zeit der Beweis gelungen ist, dass sich aus dem acuten myelitischen Processe Herde entwickeln können, welche alle Eigenschaften der Sclerose haben (Experimente an Hunden).

Die Symptome von Seiten des Rückenmarks sind die einer mehr oder weniger ausgesprochenen Parese mit spastischen Erscheinungen. Was die Frage der Systemerkrankungen anbetrifft, so hält es V. für nicht ganz leicht, zu sagen, in wie fern er von der heute am weitesten verbreiteten Ansicht abweicht. Er steht noch auf dem Standpunkt, den er vor 10 Jahren ausgesprochen hat. Die Einwürfe gegen die Systemerkrankungen waren die, dass er sagte, es sei ein dogmatischer Standpunkt, weil die ganze Lehre von den Systemerkrankungen in einem sehr viel weiteren Massstabe aufgestellt sei, als es den Thatsachen entspreche; ferner sagte er, die Lehre sei nicht genügend objectiv und exact, weil man sehr nachsichtig geworden sei in dem Nachweise, ob sich eine Erkrankung einem Systeme anpasse oder nicht, und weil der klinische Standpunkt zu sehr vernachlässigt worden sei.

Die Lehre von den Systemerkrankungen knüpfte an die strangförmigen Degenerationen an, von welchen zuerst die Tabes bekannt war, und an die sich anschlossen die secundäre Degeneration Türks und endlich Charcot's Lateralsclerose, zuerst die einfache Lateralsclerose und dann die amyotrophische. Vulpian hat den Ausdruck Systemerkrankung zuerst gebraucht; er unterschied zweierlei Processe im Rückenmark: Solche, welche sich nach dem Gewebe, und solche, welche sich nach der physiolog. Function verbreiten. Vulpian's Anschauungen sind dem V. sehr sympathisch. — Die neuere Epoche der Systemerkrankungen wurde von der Charcot'schen Schule und Flechsig begründet. Pierret setzte auseinander, dass die Faserung des Rückenmarks eine principiell geordnete ist, und dass man eine Reihe von verschiedenen Strängen und Abtheilungen unterscheiden könne. Charcot ging weiter und sagte, diese verschiedenen Systeme könnten auch besonders erkranken. Seine Anschauungsweise war eine klinische; er sagte: die Functionen sind in diesen Systemen cantoniert, und wir werden aus bestimmten Symptomen auf bestimmte Erkrankung eines Cantons schliessen.

Die Aufstellung der Systeme ist bei Charcot eine viel complicirtere als bei Flechsig. Ch. unterscheidet eine grosse Menge von Erkrankungen, die er zu den systematischen rechnet.

1. Erkrankung der weissen Substanz,
2. Erkrankung der grauen Substanz,
3. Erkrankung der Pyramidenbahnen,
4. Erkrankung der Gollschen bezw. der Burdachschen Stränge,
5. Erkrankung der Vorderseitenstränge,
6. Erkrankung der Vorder- bezw. Hinterhörner.

Flechsig hat eigentlich nur 3 Systeme aufgestellt. 1. Die Pyramidenbahn, 2. die Kleinhirnseitenstrangbahn, 3. die Hinterstränge.

Er sagt, dass die Krankheiten sich zwar nicht ganz seinen Fasersystemen anpassen, aber doch so vorherrschend, dass man noch von Fasersystemerkrankungen sprechen könnte. Er gibt aber zu, dass es auch Mischformen giebt.

Im vorigen Jahre hat er nun im Neurologischen Centralblatte zwei Artikel veröffentlicht: „Ist die Tabes eine Systemerkrankung?“ Er behauptet, L. hätte die Lehre von den Systemerkrankungen eingeführt, was nicht richtig sei. Bezüglich der Tabes hat sich Flechsig gar nicht so bestimmt geäussert.

Nun kamen die combinirten Systemerkrankungen auf; den Ausdruck hat V. zuerst gebraucht; Kahler und Pick haben die ersten Fälle beschrieben. Westphal hat mehrere Arbeiten über dieses Thema geschrieben, in welchen er sich sehr reservirt ausspricht, namentlich eine genaue Anschliessung an die Systeme nicht anerkennt. Leyden rechnet alle diese Fälle zur chronischen Myelitis.

Der Charcot'sche Standpunkt ist gänzlich verlassen, dass jedes System ein besonderes Krankheitsbild schafft. Strümpell sagt, es existire kein principieller Unterschied zwischen einfachen und combinirten Systemerkrankungen. V. ist auch der Ansicht, dass die oft eigenthümliche Begrenzung der pathologischen Processe, wie ihr symmetrisches Auftreten nichts beweise, dass sich diese Erscheinungen auch bei allen möglichen Rückenmarkserkrankungen, auch solchen traumatischen Ursprungs zeigen. Zum Schluss präcisirt V. seine Anschauungen folgendermassen: 1. Die Erkrankungen, die er als systematische gern bezeichnen will, sind die Tabes, die progressive Muskelatrophie und Bulbärparalyse. 2. Die unter dem Namen der combinirten Systemerkrankungen geschilderten Fälle sind theils zur Tabes zu rechnen, theils gehören sie zur diffusen chronischen Myelitis. 3. Die Friedreichsche Krankheit ist eine besondere Art der Erkrankung des Rückenmarks, welche hier auszuschliessen ist, ebenso 4. die Syringomyelie.

Koenig.

III. Referate und Kritiken.

109) **John Ferguson**: Der Nervus phrenicus.

(Brain, Summer and Autumn number 1891.)

In einem Fall von progressiver Muskelatrophie mit Atrophie des Diaphragmas wurden post mortem die Phrenici untersucht. Es fand sich eine theilweise vollständige Degeneration der Nervenfasern vor; ein Theil war noch in dem degenerativen Process begriffen, endlich ein Drittel war ganz normal. Daraus schloss F., dass der Phrenicus motorisch und sensibel ist, und dass die nicht degenerirten Fasern sensible waren.

Bei einer Katze wurde der Phrenicus auf einer Seite durchschnitten. Nach 3 Wochen wurde Sensibilitätsherabsetzung auf derselben Seite des Zwerchfells constatirt. Bei der Untersuchung waren alle Nervenfasern atrophisch.

Bei einer anderen Operation wurden die hintern Wurzeln der 3.–6. Spinalnerven nach aussen von den Spinalganglien durchtrennt. Am 10. Tage

wurde das Thier getödtet und es fand sich ein Drittel der Fasern — ohne Zweifel die sensiblen — degenerirt.

An der gemischten Natur des Nerven ist demnach nicht zu zweifeln.

Ascher.

---

110) **Samuel Wolfe** (Philadelphia): Consciousness from a medical standpoint. (The journal of nervous and mental disease. Sept. 1891.)

Verf. versucht nachzuweisen, dass das menschliche Bewusstsein nicht nur an die Hirnrinde gebunden sei, sondern dass vielmehr an dem Zustandekommen desselben das gesammte Nervensystem und schliesslich der gesammte Körper Theil habe. Jede lebende Zelle im Körper müsse als ein integrirender Theil betrachtet werden, der die totale Summe des Bewusstseins bilden helfe, da keinerlei Aenderung irgend eines Theiles Platz greifen könne, ohne einen Eindruck auf das Bewusstsein hervorzubringen.

Strauscheid.

---

111) **Edward Bennet Bronson** (New-York): „The etiologie of itching" (die Aetiologie des Juckens).

(The med. Record 24. October 1891.)

Nach Verf. liegt der letzte Grund des Juckens in unbekannten molecülären oder dynamischen Veränderungen in dem sensibeln Nerven-Apparat. Als prädisponirende Ursachen nennt er:

A. einen Zustand cutaner Hyperästhesie (krankhafter und excessiver Reizbarkeit der Hautnerven), die auftreten kann
   a) als der örtliche Ausdruck einer allgemeinen neurotischen angeborenen oder erworbenen Anlage; hier können die einfachsten Reize, wie Temperaturveränderungen, reibende Kleider u. s. w. das Jucken hervorrufen;
   b) in Folge localer, fortgesetzte Reizung der Hautnerven setzender Veränderungen in der Haut.

B. einen Zustand von Hypopselaphesie, d. h. ein Zustand gestörter Leitung in den das Tastgefühl vermittelnden Nerven der Haut; obgleich derselbe gewöhnlich als eine Begleiterscheinung der Hauthyperästhesie gefunden wird, so ist es doch auch möglich, dass er von letzterer unabhängig auftritt, wie z. B. in atrophischen Zuständen (namentlich beim pruritus senilis.)

Als erregende Ursachen gelten dem Verf.:

A. Reizungen, die vom Innern des Körpers zur Haut geleitet werden
   a) reflectirte,
   b) von den Nervencentren übertragene.

B. Directe oder locale Reize:
   a) von aussen her (Reize auf die Hautoberfläche),
   b) von innen her.

   In letzterer Beziehung handelt es sich
   1. um Läsionen durch trophische Hautkrankheiten und ihre Producte,
   2. um toxisches oder anders schädliches, aus dem Blute ausgeschiedenes Material,
   3. um Wirkungen localer Ernährungsstörungen oder gestörten Metabolismus in den sensibeln Hautnerven,

4. um spastische Contraction der musc. arrector. pil., die kaum an sich, wohl aber oft mit andern Ursachen vergesellschaftet zur Hervorbringung des Juckens beiträgt. Voigt.

---

112) **Clutton**, Concussion of the spinal cord; recovery; remarks. (Rückenmarkserschütterung; Heilung; Bemerkungen.)

(The Lancet, 24. October 1891, pag. 928.)

Ein Beitrag (ohne Section) zu der Frage, ob ein Mensch an einem Rückenmarksleiden erkranken kann durch ein Trauma der Wirbelsäule, welches keine Verletzung an der Wirbelsäule selbst verursacht. [N. B. Diese „Frage" dürfte längst in bejahendem Sinne beantwortet sein; cf. auch die jüngsten Experimente von Schmauss.]

C. S. Arbeiter; 67 Jahr alt; fällt in der Nacht eine Treppe herab und bleibt an beiden Beinen gelähmt liegen. Schmerz in der Cervicalgegend. Untersuchung ergibt nichts abnormes an der Wirbelsäule. Die angeblich spontan schmerzende Stelle ist auf Druck, Hitze, Bewegung nicht empfindlich. Motor. Lähmung beider Beine. Sensibilität normal. Plantar- und Cremasterreflexe fehlen. Patellarreflex vorhanden, starke Urinretention. Unwillkürliche Stuhlentleerung. In 3 Monaten fast an Heilung grenzende Besserung. R. Wichmann (Braunschweig).

---

113) Dr. **H. Kreuser**, Winnenthal. Ueber einen Fall von erworbener Porencephalie mit sec. Degeneration in der Opticusbahn und im lateralen Bündel des Hirnschenkelfusses.

(Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 48. p. 146.)

Die unter dem Bilde eines schweren agitirten Blödsinns aufgenommene Kranke hatte 4 Jahre vorher einen Schlaganfall erlitten, worauf anfallsweise Convulsionen in der linken Körperhälfte aufgetreten waren. Eine ganz plötzlich sich entwickelnde tobsüchtige Erregung der bisher nur nervösen und launenhaften Kranken hatte die Ueberführung in die Anstalt erforderlich gemacht. — Bei dem wenige Wochen nachher erfolgten Tode fand sich ein porencephalischer Defect der rechten Hemisphäre, welcher vom mittleren Drittel des horizontalen Astes der Fissura Sylvii an, deren ganzen Umfang in sich begreifend, nach hinten in eine hochgradige Schrumpfung des Hinterhauptlappens überging. Den Boden desselben gegen den Ventrikel bildeten nur die schwartig verdickten, in unregelmässige Falten gelegten Hirnhäute. An der linken Hemisphäre fand sich ein fast symmetrisch gelegener frischer Erweichungsherd. Der gehärtete Hirnstamm wurde in Serienschnitte zerlegt und so eine secundäre Degeneration festgestellt, welche in geschlossenem Zuge durch die laterale Hälfte des hintersten Abschnittes der innern Kapsel bis zum Corp. genic. ext. gehend, sich hier spaltet. Ein Zug biegt in den lateralen Abschnitt des Hirnschenkelfusses um, ein anderer schmaler Streifen lässt sich bis hinter das Knie des Linsenkernrandes verfolgen, während eine 3. Bahn in den Sehhügel und die demselben anliegenden Ganglien eintritt. Entsprechend dieser Bahn findet sich Atrophie des Pulvinar, des corp. genic. ext., des vorderen Vierhügelarmes, und des oberflächlichen Markes des vorderen Vierhügels, sowie Degeneration des Tractus und Nervus Opticus. Die selten beobachtete absteigende Degeneration des lateralen Abschnittes des

Hirnschenkelfusses lässt sich durch die ganze Länge der Brücke verfolgen, wo sie allmählig endigt. Der dem Linsenkern entlang ziehende Degenerationsstreifen giebt sich durch seinen weiteren Verlauf als ein Theil der Pyramidenbahn zu erkennen.

Die pathologisch-anatomische Bedeutung des Falles besteht darin, dass der Befund vollständig der von Kundrat entwickelten Theorie über die Entstehung der Porencephalie entspricht, und zugleich die verschiedenen Stadien des Processes an einem Präparat aufweist (ischämische Erweichung, Schrumpfung, Defectbildung durch Resorption).

H. Dehio (Rothenberg).

---

114) **Seymour J. Sharkey,** Acute primary cerebral inflammation producing hemiplegia and other forms of Paralysis. (Acute primäre Gehirnentzündung mit folgender Hemiplegie und anderen Lähmungen.)

(The Lancet. 31. October 1891 pg. 973.)

H. I. H. 39 Jahr alt; aufgenommen 19. August 1890; gestorben 13. September 1890. Immer gesund, keine Lues; in letzter Zeit viel gearbeitet. Klagen über Ziehen in der rechten Hand beim Schreiben und über Taubsein der Innenfläche der r. Wange. Plötzlicher Krampfanfall während der Arbeit.

Bei der Aufnahme: bewusstloss; kann etwas erweckt werden, ohne aber zum Sprechen zu kommen. Zeitweilige Seitenbewegungen des Kopfes und Bewegung des linken Armes. Augen weit offen. Rechte Pupille grösser als linke; keine Lichtreaction. Cornealreflexe vorhanden. Anästhesie Lähmung rechts stärker als links. Puls 104. Respiration 12. Hautreflexe fehlen. Patellarreflexe normal, gleich. Urin 1020; Spur Eiweiss. Systolisches Geräusch neben sternum. Temperatursteigerung. Nach mehreren Krampfanfällen Tod.

Section: negativ. Im Gehirn die weisse Substanz hyperämisch. Mikroskopisch ergibt sich diffuse Entzündung der linken Hemisphäre. Erweiterung der kleinen Gefässe; viele weisse Blutkörperchen in und um denselben.

Der Fall schliesst sich an frühere von demselben Verf. beobachtete an, welche er in The Lancet 6. Juni 1885 beschrieben hat,

R. Wichmann (Braunschweig).

---

115) **Starr & Burney** (New-York): Traumatische Blutung aus einer Vene der Pia mater; Druck der Broca'schen Windung und des sensorisch-motorischen Gebiets der Rinde; Aphasie, partielle rechtzeitige Hemiplegie und Hemianästhesie, Trepanation, Entfernung des Blutergusses; Genesung.

(Brain, Summer und Autumn number 1891.)

Zu der langen Ueberschrift, welche das wesentliche des Falles wiedergiebt, ist hinzuzufügen, dass der Kranke in Folge eines Unfalls neben Hemiplegie complete motorische Aphasie darbot. Insbesondere auf dieses Symptom hin wurde die Operation unternommen, indem man annahm, dass ein Blutgerinnsel auf dem hintern Theil der 3. linken Stirnwendung und dem mittleren Drittel der vorderen Centralwindung gelagert sei. Bei der Operation wurde ein Gerinnsel entfernt, das sich unter der Pia über dem hintern Theil der

3. Stirnwindung und über der vorderen Centralwindung in einer dünnen Lage ausdehnte und sich in die Rolando'sche Furche hineinerstreckte.

Der Erfolg war ein äusserst günstiger. Der Kranke kann seiner Beschäftigung wieder nachgehen, wenn auch eine leichte Lähmung des Arms zurückgeblieben ist und die Sprache nicht so fliessend ist wie früher.

Ascher.

---

116) Dr. L. **Kramer.** Beitrag zur Lehre von der Jakson'schen Epilepsie und der cerebral bedingten Muskelatrophie.

Jahrbücher f. Psych. Bd. X. Heft 1.

Der 40jährige Agent K. A. war im Anfang der 70er Jahre luetisch inficirt worden. 1875 traten sich wiederholende Krampfanfälle mit Bewusstseinsverlust, Kopfschmerzen und Amblyopie auf. Damit ging eine Characterveränderung einher, übergrosse Reizbarkeit und hypochondrische Stimmungen. Nach einer antiluetischen Kur sistirten die Anfälle auf ein Jahr, die psychischen Veränderungen machten aber Fortschritte. Sehr quälende Empfindungen, das „Geäthertwerden", traten auf und wurden die Veranlassung zu heftigen Wuthausbrüchen des Kranken gegen seine Umgebung, sodass 1890 die Aufnahme in die psych. Klinik nothwendig wurde. — Hier fand sich linksseitige Parese mit Contracturen im linken Arm, mässige Abmagerung und Herabsetzung der faradischen Erregbarkeit (die galvanische bot keine merklichen Unterschiede) gegen rechts, Herabsetzung aller Arten der Hautsensibilität, Aufhebung des stereognostischen Vermögens und ungenaue Localisation. Den jetzt wieder auftretenden Anfällen geht das Gefühl des „Geäthertwerdens" in der linken Körperhälfte voraus. Der Anfall selbst beginnt mit Zuckungen in den Fingern des linken Armes, welche allmählig aufsteigen, bis der ganze Arm rhythmisch bewegt wird, dann erst wird auch das Bein von den Zuckungen ergriffen. Im weiteren Verlauf Abnahme der psychischen Fähigkeiten, heftige Wuthausbrüche, melancholische Verstimmungen etc. Am 18. März 1890 im Anschluss an eine Serie von Krampfanfällen lobuläre Pneumonie und Exitus letalis.

Intra vitam war die Diagnose auf Lues cerebri gestellt worden, welche ausgehend von einer basilaren Meningitis, zu einer Herderkrankung im Rindeng gebiet des linken Armes geführt hatte (Oppenheim). Desto überraschender- war das Ergebniss der Section: Es fand sich beträchtliche Leptomeningitis, welche am Stirnhirn am intensivsten entwickelt, nach hinten zu allmähli an Stärke abnahm, entsprechende Atrophie der Rinde und des Marklagers, Erweiterung der Ventrikel und Ependymgranulationen, Das R. M. unverändert. Nirgends war eine Herderkrankung nachweisbar, auch keine makroskopischen Veränderungen der Hirnarterien. Die NN. optici waren vollständig atrophisch. Der Fall ist geeignet, die in jüngster Zeit mehrfah aufgestellte Behauptung zu stützen, dass partielle Epilepsie auch ohne Herderkrankung auftreten kann. — Von Interesse sind die vom Pat. als „Geäthertwerden" bezeichneten, mit dem Anfall in Beziehung stehenden Empfindungen, welche als sensibles Aequivalent (Löwenfeld) aufzufassen sind,

H. Debio (Rothenberg)

---

117) **E. Leyden.** Ueber die hemiopische Pupillenreaction (hemianopische Pupillenstarre).

(Deutsche med. Wochenschr. 1892 Nr. 1.)

Im Jahre 1883 hatte Wernicke aus den anatomischen Verhältnissen heraus das nothwendige Verhalten der Pupillen bei Gehirnaffectionen mit halbseitiger Blindheit (Hemianopsia homonyma) geschildert. Der Reflexbogen zwischen Retina und dem Irisaste des oculomotorius reicht nur bis zu den Vierhügeln. Jeder tractus opticus steht aber ausserdem noch mit der Hirnrinde und zwar dem Occipitallappen in Verbindung. Darnach muss also die Pupille in Fällen von Hemianopsie homonyma sich verschieden verhalten, je nachdem die Unterbrechung der Leitungsbahn vor den Vierhügeln resp. jenseits derselben liegt.

Im letzteren Falle ist der Reflexbogen von der Retina zum Oculomotorius intact geblieben. Die Pupillenreaction muss also normal sein. Liegt aber bei Hemianopsie die Unterbrechung vor den Vierhügeln, so muss der Pupillenreflex für diejenigen Lichtstrahlen ausbleiben, welche die unempfindliche Retinahälfte treffen. Die Prüfung geschieht mittels reflectirten Lichtes (spitzer Lichtkegel eines Augenspiegels).

Diese theoretisch construirten Verhältnisse wurden durch einen von Martius in den Charité-Annalen 1888 beschriebenen Fall von Hemianopsie mit hemiopischer Pupillenreaction klinisch bestätigt Doch fehlte die Autopsie weil der Patient unter Jodgebrauch „zu seinem Glück“ gesund wurde.

Leyden's Fall beansprucht ein hervorragendes Interesse, weil er den durch die Section bestätigten Beweis für die Richtigkeit von Wernickes Theorie erbringt.

Die 69jährige Patientin bekommt im Anschluss an eine Hemiplegia sinistra eine Hemianopsia homonyma sinistra mit hemiopischer Pupillenstarre, welche bei ihr durch Beleuchtung mit einer Sammellinse festgestellt wird. Die Autopsie ergiebt:

Im rechten Linsenkern findet sich ein spindelförmiger Erweichungsherd, welcher sich bis in den Hirnschenkel hinein erstreckt und den Tractus opticus zum Theil mit ergriffen hat. P.

---

118) Dr. **Boedeker**-Berlin. Ueber einen Fall von chronischer progressiver Augenmuskellähmung, verbunden mit Intoxikationsamblyopie.

(Arch. f. Psych. XXIII p. 313—338.)

Bei einem Manne, welcher 1871 Lues bekommen hatte, November 1881 Augenmuskelstörungen (doppelseitige Abducensparese); erst 1886 deutliche tabische Erscheinungen; Herabsetzung des einen Kniephänomens, lancirirende Schmerzen Zugleich paralytische Symptome: Schwindelanfälle, artikulatorische Sprachstörung und Demenz. Erst kurz vor dem Tode weiterer Fortschritt der Augenmuskelstörungen bei völligem Freibleiben des Levator palpebr. super. Die zuerst aufgetretene Abducensparese blieb stationiär. Entsprechend diesem Verlauf fanden sich die fortgeschrittensten Degenerationen am Abducens-Kern und Stamm, ferner am Oculomotorius-Kern mit Ausnahme des distalen Zapfens, dessen Unversehrtheit in Uebereinstimmung mit Siemerlings Befunden vermuthungsweise mit der dauernden Funktions-

fähigkeit des Levator palpebr. sup. in Verbindung gebracht wird. — Störungen im Bereich des Sehnerven waren erst 5 Jahre nach Beginn des Leidens eingetreten als der Kranke bei seiner Paralyse zum Alkoholisten geworden war. Der anatomische Befund am Sehnerven deutete auf einen interstitiell neuritischen Process, was zu der klinischen Annahme einer Intoxikationsamblyopie bei bestehender Tabes stimmt. Sommer (Würzburg).

---

119) **Cecil F. Beadles**, a case of carcinoma of the brain, secondary to that of the breast. (Fall von secundärem Gehirncarcinom nach primärem Brustkrebs).

(The Lancet, 3. October 1891 pg. 764.)

Eine 41jährige Wittwe; kein Carcinom in der Familie; 2 Kinder. Juni 1887 Amputatio mammae dextrae wegen Carcinom; 1. Mai 1888, 30. Oct. 1888; 23. August 1890 Recidive entfernt. 6. October 1890 mit Kopfschmerz aus dem Spital entlassen. Status 22. Januar 1891: Seit Entlassung aus dem Spital Kopfschmerz, der in Intervallen auftritt, zur Zeit nur Nachts vorhanden ist und Scheitel und Hirngegend betrifft. Kein Erbrechen. Stupor. Schwache Augen. Drüsen über rechter Clavicula. Aus dem weiteren Verlauf ist hervorzuheben bis zu dem am 25. April erfolgten Tode: Erbrechen nur ein einziges Mal während der ganzen Krankheit; trotz mehrfacher Versuche gelingt keine genaue Augenuntersuchung; es wird aber rechts leichte neuritis optica constatirt; vorübergehende Differenzen, später Gleichheit der Pupillen; vorübergehende Ptosis links; vollständiger Sprachverlust, später Wiederkehr der Sprache in geringem Grade.

Section: Verwachsung der Dura mit dem linken Occipitallappen im Durchmesser von 1 Zoll; an dieser Stelle carcinomatöser Tumor, etwa hühnereigross, die hintere Oberfläche des Hirns erreichend. Ferner ein zweiter carcinomatöser Tumor im Broca'schen Lappen, bis zur Oberfläche des Gehirns reichend; Pia darüber verdickt. Dura hier nicht verwachsen. Mikroskopische Untersuchung wies Carcinom nach.

Beadles hebt hervor: Nach Gowers ist Neuritis optic. bei Gehirntumor gelegentlich einseitig und zwar meist auf der dem Sitze der Geschwulst entgegengesetzten Seite. In diesem Fall sass der Tumor links, die Neuritis rechts. Der fast allein vorhandene initiale Kopfschmerz und Stupor wiesen auf den Sitz des Tumors im vorderen Theile des Stirnlappens hin. Gowers bemerkt: besteht ausgesprochener Stupor, so sitzt der Tumor gewöhnlich in der Hirnhemisphäre und wenn weiter keine Symptome vorhanden sind, gewöhnlich im vorderen Theil des Stirnlappens. Der Verlust der Sprache wies ebenfalls auf Affection des Vorderhirns hin. Das spätere theilweise Wiedererscheinen der Sprache erklärt B. durch wahrscheinliche Compensation von der rechten Hemiphäre aus trotz des Alters der Patientin. — Zum Schluss gibt B. Daten über die Seltenheit der Fälle von Gehirncarcinom. Wichmann (Braunschweig).

---

120) **Jansen.** Ueber otitische Hirnabscesse.

(Berl. Kl. Wochenschr. 91. No. 49.)

Im Anschluss an einen im Verlauf einer Mittelohreiterung entstandenen Hirnabscess, der von Gluck glücklich operirt worden und zur Vorstellung

in der Berliner med. Gesellschaft gelangt war, theilt Verf. einen von ihm in der kgl. Ohrenklinik operirten Fall von Hirnabscess mit. Es handelt sich um einen 46jährigen Locomotivführer, der im April unter den Symptomen einer doppelseitigen Otitis media erkrankt mit Betheiligung des rechten Warzenfortsatzes. Die Intensität der Erscheinungen wechselt, die Kopfschmerzen werden unerträglich, das Gedächtniss nimmt ab. Ohrenlaufen ist nicht vorhanden. Im August wird er in die Klinik aufgenommen. Es besteht kein Fieber, kein Schwindel, keine Lähmungserscheinungen. Das Trommelfell ist unverletzt, der Warzenfortsatz ist an seiner Spitze stark geschwollen. — 5 Tage nach Aufmeisselung des Warzenfortsatzes und Entleerung des Eiters tritt Schwindel auf. Im Verlauf der nächsten 12 Tage tritt Parese des linken Armes, des linken Nervus facialis und des linken Beines dazu. Daneben besteht Somnolenz, Schwindel, Brechneigung, starkes Kopfweh, jedoch kein Fieber, keine Pulsverlangsamung, keine Stauungspapille. Der von Dr. Oppenheim am Tage vor der Operation aufgenommene Befund lautet: Mässige Benommenheit, déviation conjuguée des yeux et de la tête nach rechts; dabei ist die Fähigkeit, den Kopf und die Augen nach links zu bewegen, erhalten, aber erschwert. Deutliche linksseitige Hemiparese mit fast völliger Lähmung des linken Armes. Im linken Facialisgebiet andauernde fibrilläre Zuckungen. Deutliche Hemianopsia homonyma sinistra. Links Hemianästhesie resp. Hypästhesie für Berührung, Schmerz und Lageempfindung; Sehnenphänomene links erhalten, etwas gesteigert. Diagnose: Hirnabscess, jedenfalls so gelegen, dass er den hinteren Theil der inneren Kapsel schädigt und die Sehnervenstrahlung resp. den hinteren Theil des Thalamus opticus in Mitleidenschaft zieht. Der Abscess musste im Schläfenlappen liegen nahe dem Tegmen tympani und rief durch ödematöse Durchtränkung der Hirnsubstanz und Hyperämie im Bereiche des hinteren Schenkels der inneren Kapsel und des Pulvinar die genannten Ausfallserscheinungen hervor.

Eine dementsprechende Aufmeisselung der Schuppe legt einen Hirnabcess frei. Derselbe wird entleert, die Höhle mit Jodoformgaze ausgestopft. Schon wenige Tage nach der Operation gehen fast alle Ausfallserscheinungen zurück. Es bleibt nur eine geringe Schwäche des Facialis, eine Erweiterung der rechten Pupille und Gedächtnissmangel für die Vorgänge während der Krankheit bestehen.

Die Wunde ist am 12. October vernarbt, in der Knochenlücke ist die Haut etwas eingesunken und pulsirt deutlich. Der Kranke reist in seine Heimath, erkrankt dort nach 8 Tagen unter gastrischen Beschwerden. Es treten Lähmung des linken Facialis, sowie Lähmung und Krampf der linken Extremitäten ein. Zugleich tritt eine starke Vorwölbung der Narbe und Pulsation derselben ein. Die Narbe wird incidirt, kein Eiter gefunden. Die Erscheinungen bessern sich etwas, doch tritt der Tod am 25. October ein.

Verfasser glaubt, dass möglicherweise durch die bei der Aufmeisselung des Warzenfortsatzes nothwendigen starken Meisselschläge das Wachsen des Gehirnabscesses befördert worden sei. Daher auch das Auftreten von Gehirnsymptomen 5 Tage nach der Operation. Der schliesslich dennoch eingetretene Exitus letalis ist vielleicht durch einen zweiten latent gebliebenen Hirnabscess bedingt, der durch eine rechtzeitige chirurgische Intervention ebenfalls hätte geheilt werden können.

In einem 2. Falle erkrankt ein 34jähriger Mann, der seit vielen Jahren an Ohrenfluss linkerseits leidet, unter leichter Aphasie, Kopfweh am Scheitel, Erbrechen und Fieber. Kein Schwindel, keine Lähmungserscheinungen. Er wird im weiteren Verlaufe sehr unruhig, delirirt, wird schliesslich comatös und stirbt. Die Section ergiebt einen Abscess im linken Schläfenlappen, der unmittelbar am Tegmen tympani liegt. Die Dura ist mit dem Tegmen verwachsen, das cariös und fistulös durchbrochen ist.

Rings um den Abscess befindet sich eine breite Zone von matscher, stark zerfliesslicher Hirnsubstanz. Der Boden des Ventrikels ist weit durch den Abscess vorgewölbt. Im Antrum und oberen Abschnitt der Pauke sind Cholesteatommassen.

In dem 3. Falle handelt es sich um einen Abscess des Occipitallappens, der schliesslich zum Exitus des 8jährigen Patienten führt und nach Meinung des Verf. auf eine mit dickem Eiter erfüllte Bronchiektasie von Taubeneigrösse in der rechten Lunge zurückgeführt werden kann. Patient war in die Ohrenklinik wegen eines subperiostalen Abscesses des rechten Warzenfortsatzes gekommen. Er hatte vorher Kopfschmerzen gehabt, oft beim Gehen getaumelt und Sehstörungen mit gekreuzten Doppelbildern gehabt. Die in Folge dessen gemachte Operation erweist eine Fistel im Knochen und einen an der vorderen und lateralen Wand des Kleinhirns gelegenen extraduralen Abcess nach. Das Antrum mastoideum war frei von Eiter. Einige Tage nach der Operation tritt hohes Fieber ein, Facialiskrampf und Facialislähmung der linken Seite, fast völlige Lähmung des linken Armes mit starker Herabsetzung der Sensibilität. Aus der hierauf incidirten Dura quoll viel Eiter hervor. Darnach Besserung der Symptome; nach 4 Wochen Exitus. Die Section ergiebt den schon erwähnten Abscess im Occipitallappen.

P e l t e s o h n.

---

121) **Poulsen.** Om Cerebraltilfaelde ved den kroniske Otitis media. (Ueber cerebrale Fälle bei chronischer Otitis media.)

(Nord. med. Arkiv. Bd. XXIII. 1891. Nr. 8—15.)

Obenerwähnte Abhandlung, über die das Centralblatt (1891. p. 400) ein Referat gebracht hat, ist später im Nord. med. Ark. erschienen, und durch die Schilderung von zwei neuen, im Kommune-Hospital in Kopenhagen operirten Fällen vervollständigt worden.

1. Thrombose des r. Sinus transversus. Trepanatio Cranii (Kr. Poulsen). Mors. 18jähriger Mann mit rechtsseitiger Otitis mit purulentem Ausfluss, die seit überstandenem Scharlachfieber mehrere Jahre hindurch dauerte. 14 Tage vor seiner Ueberführung in die Anstalt starke Schmerzen und Schwerhörigkeit. Pat. muss das Bett hüten, hat mehrere kleine Anfälle von Schüttelfrost, er ist matt, benommen, die Pupillen dilatirt. Keine Empfindlichkeit noch Geschwulst des Proc. mast. Die Temperatur stieg bis zu 40,3. Erst wurde der proc. mast. resecirt, wobei man einen nussgrossen Abscess zwischen Schädel und Dura in der Fossa sigmoidea fand. Die Dura verfärbt, eiterbedeckt. Das Fieber dauerte an, ebenso die Benommenheit. Erbrechen, acuter Icterus und Nephritis traten auf. Die nach hinten und oben zu angelegte Trepanationsöffnung legte in einer Ausdehnung von 3 Ctm den sinus transversus bloss. Eiterbelag, offenbare Thrombose, Oeff-

nung. — Der Thrombus im Zerfall. Bei vorsichtiger Auskratzung kam es zu starken Blutungen, sowohl peripher als central von dem geöffneten Sinus, die sich aber durch Tamponade mit Jodoformgaze stillen liessen. Pat. nach der Operation unklar, in seinem sonstigen Zustand keine Besserung. Den zweiten Tag nach der Operation trat der Tod ein.

2. Abscess im linken Temporallappen. Trepan. cranii (Prof. Studsgaard). Heilung. 13jähriger Knabe, der längere Zeit hindurch an Fluss aus beiden Ohren gelitten hat. 14 Tage vor seiner Aufnahme traten Schmerzen im linken Ohr, Ohrenklingen, und vermehrter Ausfluss aus dem linken Ohr auf. Somnolenz, Erbrechen, Schwindel. Temperatur und Puls normal.

2 Tage nach seiner Aufnahme starke Convulsionen aller 4 Extremitäten mit Cyanose und Bewusstlosigkeit. Bei der Resection des proc. mast. fand man denselben sclerotisch, ohne Zellen. Es wurde ein 5 cm. langes und 4 cm. hohes Knochenstück hinter dem Proc. ausgemeisselt, wobei man auf einen prominirenden Gyrus von natürlicher Farbe stiess. In diesen wurde ein Messer eingeführt und dadurch eine Höhle von Wallnussgrösse geöffnet, die übelriechenden Eiter enthielt. Die Krämpfe hörten unmittelbar nach der Operation auf. Von da an Wohlbefinden des Pat.

Koch (Kopenhagen).

---

122) Dr. **Giuseppe Castellana.** Esame clinico di tre casi di frattura aperta del cranio con infossamento e con disturbi funzionali del cervello di natura distruttiva.

(Separat-Abdruck aus Il Pisani 1891.)

I Fall. Ein 35jähriger Mann ward durch einen fallenden Stein am rechten Scheitelbein verletzt. Viertelstündige Bewusstlosigkeit und starker Blutverlust. Wieder zu sich gekommen bemerkt Pat. Lähmung des linken Armes. Tags darauf kam er ins Spital; ausser der Lähmung keine Symptome, insbesondere war das Muskelgefühl intact. Es bestand eine Fractur des rechten Scheitelbeins mit Depression des Bruchstücks und Zersplitterung der lamina vitrea, dem mittleren und unteren Abschnitt der regio prärolandica und dem Fuss der II. und III. Stirnwindung entsprechend. Das Bruchstück wurde in Narcose mittels Trepan völlig gelöst und entfernt, ebenso die Splitter der lamina vitrea. Die Dura erwies sich als intact. 3 Tage nach der Operation bewegte Patient den Daumen, dann die andern Finger; nach ca. 8 Wochen waren alle Bewegungen zur Norm zurückgekehrt bis auf eine leichte Abschwächung der Kraft der linken Hand.

II. Fall. 57jähriger Mann ward durch einen grossen Stein am linken Scheitelbein verletzt. Augenblicklich trat Sprachverlust ein, aber keine Bewusstlosigkeit. Untersuchung im Spital ergab Splitterung des Knochen mit rundlicher Depression, in die eine Fingerkuppe passt. Parese des rechten mittleren und unteren Facialis; sonst keinerlei Lähmungen. Paraphasie und amnestische Aphasie. Nach 4 Tagen nimmt die Facialisparese ab; da aber die Sprachstörung bestehen bleibt, werden in Narkose die Splitter aus der Schädelwunde entfernt. Wechselnde Besserung und Verschlimmerung der bestehenden Symptome, zu denen noch Worttaubheit hinzukommt. 8 Tage nach der ersten Operation eine zweite, in der noch zwei

Splitter entfernt werden, unter denen die Dura sich verletzt zeigte. Die Worttaubheit schwindet nun bald und auch die Sprachstörungen bessern sich. Es werden nun Coordinationsstörungen beider oberen Extremitäten und Parese des rechten Armes, paretischer Gang und Ataxie des rechten Beines beobachtet. Nach 10 Wochen sind alle Erscheinungen verschwunden bis auf eine noch bestehende Bradyphasie. Die Läsion des Gehirns betraf die portio opercularis der aufsteigenden Parietalwindung, des gyrus supramarginalis und des hintern Theils der I. Schläfenwindung.

Fall III. 43jähriger Mann zog sich durch Fall in der Trunkenheit eine Schädelverletzung zu. Am anderen Tage bestand linksseitige Ptosis, Worttaubheit und unverständliche Sprache. An der linken Fronto-parietal-Gegend war eine complicirte Schädelsplitterfractur mit 5 mm tiefer Depression. Es wurden sogleich durch Trepan die Splitter entfernt. Die Dura ward intact gefunden. Die Ptosis und die Sprachstörung schwinden allmählich, indem Paraphasie an Stelle der motorischen Aphasie und amnestische Aphasie an Stelle der Worttaubheit tritt. Nach 10 Wochen ist Pat. geheilt. Die I. Schläfenwindung und der Fuss der III. Stirnwindung waren durch die Knochensplitter gedrückt. Es war in diesem Falle möglich, durch Druck auf die Gegend der linken F_3 willkürlich völlige motorische Aphasie hervorzurufen.

Die linksseitige Ptosis glaubt Verf. nur durch Annahme einer Fractur des linken Orbitaldaches mit Compression des oculomotorius-Stammes erklären zu können.

Die Physiopathologie und die Indication zum chirurgischen Eingreifen finden bei jedem der Fälle eine eingehende Besprechung. Dr. Feist.

---

123) **G. Lumbroso** (Florenz): Della meningite cronica semplice dell' adulto e di una sua speciale forma a tipo istero-epilettico (Leptomeningite cronica emorragica). Studio clinico ed anatomo-patologico.

(Separatabdruck aus lo Sperimentale 1891. 101 Seiten.)

Die primäre, chronische, einfache Meningitis der Erwachsenen, die nicht auf andere Infectionskrankheiten oder Intoxicationen zurückzuführen ist, hat in den heutigen Lehrbüchern der Neurologie fast gar keine Beachtung gefunden. Es kann dies auch, wenn man den Darlegungen des Verf. folgt, nicht sonderlich Wunder nehmen, da der Symptomencomplex, durch den sie sich intra vitam kundgiebt, gar zu leicht zu anderweitigen Deutungen Veranlassung giebt. Um so schätzenswerther ist natürlich die Arbeit des Verf., der an der Hand von 8 Fällen, von denen zwei durch die Section bestätigt, die übrigen durch den objectiven Nachweis einer Neuroretinitis descendens glaubwürdig gemacht worden sind, ein Bild von der gesammten Pathologie der in Rede stehenden Erkrankung entwirft.

Was die Aetiologie der Erkrankung angeht, so ist zunächst Tuberkulose, Syphilis, Alkohol und Bleiintoxication etc. auszuschliessen, da Verf. nur von der primären chronischen Meningitis handeln will. Bei den beschriebenen Fällen müssen als etwaige ätiologische Momente ins Auge gefasst werden: Abusus Veneris, Chlorosis, Menstruationsstörungen und langes Stillen. Von den 8 Patienten waren 7 Weiber; sie standen im Alter von 18 bis 40 Jahren und waren früher kräftig gewesen. Die neuropathische

Belastung scheint meist für die Aetiologie der Erkrankung nicht in Betracht zu kommen.

Bei der Section findet man eine mehr oder minder beträchtliche Verdickung der weichen Hirnhäute, die am häufigsten über der Convexität, seltener an der Basis afficirt sind. Von der Gehirnsubstanz ist nur die oberflächliche Neurogliaschicht an dem entzündlichen Processe leicht betheiligt. Die Hirnhäute bilden vielfach kleinere oder grössere Maschen und Höhlen, die von zahlreichen neugebildeten Blutgefässen umgeben sind; in der Nachbarschaft der kleinen Gefässe sieht man Hämorrhagieen, auch sind die Höhlen der Meningen vielfach mit den Ueberresten extravasirter rother Blutkörperchen gefüllt. Verf. schlägt desshalb für die Erkrankung den Namen Leptomeningitis chronica hämorrhagica vor.

Die Symptomatologie ist nach dem Sitze der Erkrankung über der Convexität oder an der Basis natürlich eine etwas verschiedene. Meist beginnt die Krankheit schleichend. Zunächst stellt sich Kopfschmerz ein, der allmählich an Heftigkeit zunimmt. Später treten umherziehende Schmerzen besonders in den Schultern und Armen auf, in der Regel begleitet von allgemeiner Schwäche. Zu den Kopfschmerzen gesellt sich häufig Erbrechen. Später stellen sich zuweilen vorübergehende Paresen einer Extremität ein, lebhafte Lichtempfindungen, Anästhesien, Aphasie, Gehstörungen (Cerebralataxie), Crampi, Convulsionen etc. Fieber fehlt ganz. Die Kranken klagen weniger über Verminderung der Sehkraft, als über Funkensehen; objectiv findet man regelmässig die Zeichen einer mehr oder minder deutlichen Neuroretinitis; das Gesichtsfeld ist nur wenig und unregelmässig eingeschränkt. Die Sehnenreflexe sind zuweilen leicht gesteigert. Die Pupillarreflexe sind normal. Die Psyche ist intakt, höchstens besteht eine leichte Hypochondrie. Die Krankheit kann nun progressiv zum Coma und zum Tode führen, oder stationär bleiben oder aber, selbst wenn schon Coma eingetreten ist, langsam wieder zurückgehen und allmählig völlig heilen. Recidive kommen vor. Ist die Entzündung an der Basis localisirt, so sind natürlich die Hirnnerven mehr oder weniger betheiligt und zwar vorzugsweise der Optikus und Oculomotorius. Selbstverständlich können die Meningen auch zugleich an der Basis und über der Convexität erkrankt sein, wie in einem Falle des Verf., wo neben heftigen Kopfschmerzen, Convulsionen, Monoparesen, Sprachstörungen und leichter Hypochondrie zugleich mehrere Hirnnerven, vor allen der Opticus gelähmt war; hier trat Heilung ein bis auf völlige Blindheit und verbale Amnesie, die bestehen blieben. Häufig treten im Beginne der Erkrankung Symptome auf, welche leicht zur Verwechslung mit Hysterie Veranlassung geben können, nämlich: intermittirender Kopfschmerz, typische hysteroepileptische Convulsionen, Ovarie, hyperästhetische Zonen, complete Hemianästhesie, hysteriforme Monoplegien, concentrische Gesichtsfeldeinengung etc. In solchen Fällen verschafft oft erst die ophthalmoskopische Untersuchung Klarheit über die vorliegende Krankheit.

Ausserdem kommen differentialdiagnostisch wesentlich die Hirntumoren in Betracht; und in der That kann man sich zuweilen nur mit einiger Wahrscheinlichkeit für eine bestimmte Diagnose aussprechen, so ausserordentlich verwandt ist die Symptomatologie beider Erkrankungen.

In prognostischer Hinsicht lehren die Beobachtungen des Verf., dass

die chronische Meningitis entweder völlig heilt, oder mehr oder weniger schwere Störungen zurücklässt oder seltener zum Tode führt.

Als Therapie empfiehlt Verf, die Application von Vesicantien oder anderen ableitenden Mitteln im Nacken oder auf dem Scheitel sowie die kurz dauernde Galvanisation des Schädels mit schwachen bis mittleren Stromstärken (1—5 M. A.) Von hydrotherapeutischen Maassnahmen sah Verf. Verschlechterung der Symptome.

Verf. hat es leider unterlassen die hysteriformen Erscheinungen, wie sie bei der von ihm beschriebenen Erkrankung auftreten, zu vergleichen mit den völlig gleichen Erscheinungen, wie sie bei anderen Gehirnerkrankungen und Meningitiden längst bekannt und vielfach beobachtet sind, so bei der tuberkulösen Meningitis, bei der progressiven Paralyse der Irren, bei Hirntumoren etc. Es würde eine solche Zusammenstellung von organischen Läsionen, die bestimmte hysteriforme Symptome verursachen, auch für die Pathologie der Hysterie selbst von Werth sein.

Die Syphilis glaubt L. bei seinen Fällen auf Grund der anamnestischen Angaben, wie einer genauen körperlichen Untersuchung als ätiologisches Moment mit Bestimmtheit ausschliessen zu können; ist letzteres auch nicht zuzugeben, so liegt doch auch nichts vor, was dieselbe irgendwie wahrscheinlich machen könnte.

Das Lesen der interessanten Arbeit wird durch den weitschweifigen Stil und die häufigen Wiederholungen des Verf. etwas erschwert.

Strauscheid.

---

124) **E. A. Shaw.** Amputation of the thigh associated with atrophy of the cortex of the Brain in the region of the corresponding leg centre. (Amputation des Oberschenkels und Atrophie im entsprechenden Hirncentrum.)
(The Brit. med. Journ. 31. Oct. 1891.)

J. P. 50 Jahr alt, aufgenommen 10. Juli 1891 in dementem und sehr geschwächtem Zustande. Linker Oberschenkel angeblich vor 6 Jahren in der Mitte amputirt. Nach 4 Tagen Tod.

Section: Todesursache: Fettige Degeneration des Herzens. Der hintere Theil der ersten Stirnwindung und der vordere Theil des oberen Endes der aufsteigenden Stirnwindungen der rechten Seite (the posterior end of the first frontal and the anterior portion of the upper and of the ascending frontal convolutions) beträchtlich atrophisch. Ebenfalls besteht geringere, aber deutliche Atrophie auf der entsprechenden Seite links. Mikroscopisch zeigt sich weisse und graue Substanz betroffen. Es fällt besonders die hochgradige Verminderung der Zahl der grossen Pyramidenzellen auf; links dieselben Verhältnisse nur in geringerer Stärke. Am Rückenmark nichts abnormes.

Wichmann (Braunschweig).

---

125) **Ph. Chaslin** (Paris). Contribution à l'étude de la sclérose cérébrale.
(Archives de médecine expér. et d'anat. path. 1891. Nr. 3.)

Verf. hat mehrere Gehirne von Epileptikern, welche eine diffuse, an einzelnen Stellen mehr oder weniger ausgesprochene Sclerose der Hirnrinde zeigten, genauer histologisch studirt.

Er fand eine beträchtliche Wucherung des Gliagewebes, welches zum Theil in Form von kernlosen Strängen, zum Theil als Anhäufung von

Spinnenzellen in allen Schichten der Hirnrinde, zumal aber in den obersten auftritt. Dabei sind die Gefässe wenig oder gar nicht verändert, weshalb dem Ganzen der Charakter des Entzündlichen abgesprochen wird. Die Ganglienzellen sind je nach der Stärke der Gliawucherung mehr oder weniger geschädigt. Scharf polemisirt Verf. gegen eine grosse Anzahl besonders deutscher Forscher, welche in der Glia eine Art von Bindegewebe sehen wollen, jene unterscheidet sich von letzterem scharf durch mehrere mikrochemische Reactionen. Die Wucherung der Glia in den angegebenen Fällen führt Verf. auf einen Entwicklungsfehler zurück; er schlägt vor, dieselbe mit dem Namen Gliosis zu bezeichnen um anzudeuten, dass es sich um eine hereditäre, constitutionelle Affection handelt; dieselbe wird als eine primäre aufgefasst und als nahe verwandt mit der Gliombildung. Um in der zahlreichen an der Hand der Literatur genauer studirten ähnlichen und verschiedenen Fällen von Gehirnsklerose sich zu orientieren, hat Verf, folgendes provisorische Schema entworfen, wobei noch besonders betont wird, dass in den meisten Krankheiten verschiedene Ursachen für die Gliawucherung vorliegen.

La prolifération de la névroglie dans l'écorce du cerveau est:

Inflammatoire

- Primitive
  - Disséminée . . . Scléroses en plaques.
  - Diffuse . . .
    - Paralysies générales.
    - Méningo-encéphalites et encéphalites.
- Secondaire
  - Partielle
    - Par réaction contre les traumatismes, corps étrangers, tumeurs, hémorrhagies, ramollissements.
  - Diffuse
    - Par disparition primitive des
      - Fibres nerveuses
        - Certains cas de paralysies générales et d'encéphalites.
      - Cellules
        - Scléroses lobaires [hémiplégie infantile.]
- Mixte
  - Combinaison de processus inflammatoires qui doit le plus souvent se rencontrer dans les espèces citées plus haut.

Non inflammatoire

- Primitive
  - Gliose.
  - Tumeurs (?).
- Secondaire
  - Arrêts de développement.
  - Lésions d'évolution.
  - Lésions d'involution . . . . Sénilité.
  - Troubles de nutrition.
  - Inaction (?).

Mixte.

Combinaison de processus non inflammatoire et inflammatoire.

Strauscheid.

---

126) Dr. **Wollenberg**-Halle. Zur pathologischen Anatomie der Chorea minor.

(Archiv f. Psych. XXIII. p. 167—200.)

Unter diesem Titel wird der Nachweis erbracht, dass die pathologische Anatomie, welche der Chorea zuertheilt worden war, nämlich das als charakteristisch angesprochene Vorkommen von „amyloiden Concretionen“ (Laufenauer), in Wirklichkeit ungiltig ist, weil auch in einer Reihe von Fällen, welche sicher von Chorea frei waren, derartige Concretionen gefunden wurden.

Die Resultate der Untersuchung sind folgende: „In einigen Fällen von Chorea, und zwar sowohl einfacher Chorea als auch Chorea cum delirio finden sich in einem ganz bestimmten Bezirk des Linsenkernes (Globus pallidus, nicht Putamen) zahlreiche, meist längs der Gefässe eigenartig angeordnete, stark lichtbrechende Gebilde von kugeliger Form, welche gegen Farbstoffe und Reagention sehr resistent sind. 2. Diese Gebilde sind in keiner Weise charakteristisch für die Chorea; denn sie finden sich ganz ebenso auch in den Linsenkernen solcher Individuen, die niemals an Chorea gelitten haben. Sommer (Würzburg).

---

127) **Moissey Mühlmann.** Zur Pigmentmetamorphose der rothen Blutkörperchen. (Beobachtungen an der arachnoides cerebralis.)

(Virchow's Archiv Bd. 126 Heft 1.)

Die Untersuchung beschäftigt sich mit den gelben Pigmentkörnern der menschlichen Arachnoides. Verf. konnte an diesen die Eisenreaktion nachweisen, die unzweifelhaft auf einen hämatogenen Ursprung des gelben Pigments hinweist. Diese Reaction ist nur eine vorübergehende. Meist ist sie 5 Tage post mortem nicht mehr nachzuweisen, da dann die eisenhaltigen Pigmentkörner zu eisenlosen Gallenfarbstoffpigmentkörnern geworden sind, wie sich dies durch die Gallenfarbstoffreaktion nachweisen lässt. Verf. konnte das Pigment nie an Zellen gebunden sehen; sein Vorkommen ist an den Contact mit gereizten, entzündlichen Capillarwänden bei gleichzeitiger Blutstauung gebunden. Dr. Feist.

---

128) **Pflüger.** Ein Fall von doppelseitiger Trochlearisparese, complicirt mit partieller doppelseitiger Oculomotoriuslähmung,

(Arch. f. Ophth. 37, 4, S. 71—101.)

Nagel und Mauthner hatten die seinerzeit von Donders bestrittene Behauptung wieder vertheidigt, dass bei Seitwärtsneigungen des Kopfes die Bulbi Raddrehungen eingingen, und hatten auf die Bedeutung dieses Umstandes für die Diagnostik complicirter Lähmungen der Heber und Senker des Auges, besonders der Zähmung gleichnamiger Muskelparese, hingewiesen. Zum Beispiel werde bei einer Neigung des Kopfes nach links um 36⁰ der verticale Meridian der Augen nicht ebenfalls um 36⁰, sondern nur um etwa $^5/_6$ davon, also 30⁰, nach links geneigt. Die Augen beschrieben also im Kopf eine Rollung nach der entgegengesetzten Seite, nach rechts, um 6⁰. Diese Rollung werde bewirkt durch die dazu berufenen Muskeln: Links: Rectus sup. und Obliquus sup., rechts: Rectus inf. und Obliquus inf. Umgekehrt bei Rechtsneigung des Kopfes.

Die Diagnose einer doppelseitigen Trochlearislähmung z. B. — sonst sehr schwierig, weil die characteristischen Höhenunterschiede der Doppelbilder zum Theil ausgeglichen sind, — werde unter Benutzung dieser Untersuchungsmethode wesentlich erleichtert, indem bei Linksneigung des Kopfes nur der Ausfall der Dickung des linken Obliquus sup., somit die Symptome einer nur linksseitigen Trochlearislähmung, umgekehrt bei Rechtsneigung des Kopfes diejenigen einer nur rechtsseitigen Trochlearislähmung in Erscheinung treten müssten.

Diese theoretisch gewiss sehr schönen Erörterungen sucht nun **Pflüger** in die Praxis zu übertragen.

Ein 30jähriger Arbeiter war 14 Tage nach einem Influenza-Anfall plötzlich an Doppeltsehen erkrankt. Sehschärfe etc. normal, Accommodation bds., links mehr, paretisch. Pupille links 3, rechts 2 mm weit, beide schwer beweglich. Convergenz des linken Auges. Abduction bds, links stärker, beschränkt (das linke Auge ging nicht oder kaum über die Mittellinie nach aussen). Dabei nystagmus-artige Zuckungen. Doppelbilder im ganzen Blickfeld, gleichnamig, mit Zunahme des Seitenabstandes nach unten hin Höhenunterschiede geringer als die seitlichen Abstände, selbst in den Diagonalstellungen unten-links und unten-rechts. Ueber die Neigung der Doppelbilder ist wenig gesagt. — Ausgang in Heilung.

Verf. kommt auf Grund eines sehr eingehenden Studiums der Doppelbilder und nach Ueberwindung zahlloser Schwierigkeiten — da die Untersuchungsergebnisse durchaus nicht immer den Forderungen der Theorie entsprechen wollten — zu der Diagnose: Doppelseitige Trochlearislähmung, Contractur der Antagonisten, Lähmung des Obliquus inferior dexter. Dazu die Veränderungen der Accommodation und der Pupillen.

Verf. verweist darauf, dass auch in dem Oculomotoriuskern-Schema Perlia's nach der Deutung von Knies (s. Ref. Nr. 129) die Kerne für den Obliquus inferior und Trochlearis benachbart sind, daher leicht zusammen erkranken könnten.

Ref. möchte einen gelinden Zweifel nicht unterdrücken, ob die ursprüngliche Diagnose bds. VI-lähmung, vielleicht mit Convergenzkrampf, nicht mehr Berechtigung verdiente, als Verf. ihr zugesteht. Die hochgradige Beweglichkeitsbeschränkung der Augen (nach Aussen) wird durch eine IV-lähmung nicht genügend erklärt, und der Umstand, dass die Seitendistanz der Doppelbilder von oben nach unten zunahm, ist kein stichhaltiger Grund gegen VI-lähmung.

Bei der Annahme eines Convergenzkrampfes (ohne VI-lähmung) wäre es sogar möglich gewesen, alle Erscheinungen einschliesslich derer der Accommodation und der Pupillen auf einen Herd im vorderen Theil der III-Kerne zurückzuführen. **Heddaeus** (Essen).

---

129) Knies. Ueber die centralen Störungen der willkürlichen Augenmuskeln. (Arch. f. Augenhlkd. XXIII., 1, S. 19—51.)

Vergl. hierzu das Autorreferat 434 im vorigen Jahrgang dieses Blattes. In der vorliegenden, wohl erweiterten Abhandlung vertheilt K. unter die Oculomotoriuskerne **Perlia's** (vergl. Ref. 221 in 1890 d. Bl.) die Rotten in folgender Weise:

1. Vorderer seitlicher Kern	Sphincter pupillae.
2. Vorderer Mediankern	Levator palpebrae.
3. Edinger-Westphal'scher Kern	M. ciliaris.
4. Vorderer Dorsalkern	Rectus superior.
5. Hinterer „	Obliquus inf.
6. Vorderer Ventralkern	Rectus internus.
7. Hinterer „	Rectus inferior.
8. Centralkern	Convergenz.

Zuführende Fasern erhalten die Kerne

1) von der Sehsphäre aus, und zwar direct, ohne Vermittlung eines eigenen motorischen Centrums (Willkürbahn). Bei dieser Annahme bleibt auffallend, dass nicht jede corticale Hemianopsie mit einer Einschränkung der Beweglichkeit der Bulbi verbunden ist. (Ref.)

2) vom hinteren Längsbündel (sensibel), vom Tractus opticus, wahrscheinlich auch vom Gehörorgan aus (Reflexbahn) — zur Vermittlung von Augen und Kopfbewegungen, welche, wie die Pupillarreaction, rein reflectorisch, unbewusst, ausgelöst werden sollen und welche jedenfalls, abgesehen vom Pupillenreflex, beim Menschen nur eine sehr untergeordnete Rolle spielen.

Im Uebrigen verweise ich auf das oben citirte Autorreferat. Die daselbst wiedergegebenen Sätze über Pupillenbewegung sind von mir bereits verschiedentlich, (z. B. in Magnus, Pupillenbewegungen. Breslau 1889) wenn auch zum Theil mit anderen Worten, ausgesprochen worden.

Heddaeus (Essen).

---

130) **A. Joffroy et Ch. Achard.** Nouvelle autopsie de maladie de Morvan. Syringomyélie.

(Archives de médecine expérim. et d'anat. path. Nr. 5. 1891.)

Die Verf. veröffentlichen einen zweiten Fall (den ersten siehe dieses Centralblatt 1891, Heft 1) von Morvan'scher Krankheit mit Sectionsbefund, dessen wesentliches Resultat die Constatierung einer Syringomyelie war. Es handelte sich um eine 48jährige Frau, welche eine durch zahlreiche Panaritien vielfach verstümmelte rechte Hand hatte, sie bot zugleich beträchtliche Störungen des Tast-, Schmerz-, und Wärmegefühls dar. (Dass letzteres mit Eis und mit heissem Wasser von 70^{0} untersucht werde, wie die Verf. es thaten, scheint dem Ref. wenig rationell, zumal wenn es gilt, die Ausdehnung der Störungen dieses Gefühls nachzuweisen; hierzu dürfte sich doch wohl Wasser empfehlen, das nur eine geringe Temperaturdifferenz hat.) Ausserdem wurden bei der Pat. typische hysterische Anfälle beobachtet; zugleich bestand Einschränkung des Gesichtsfeldes. Die Autopsie zeigte eine vom obersten Cervical- bis zum untersten Dorsalmarke reichende Höhlenbildung. Die Umgebung derselben zeigte kein Tumorgewebe, sondern eine Sclerose der Nervensubstanz sowie verdickte, vielfach obliterirte Gefässe. Die peripheren Nerven zeigten eine leichte Degeneration und Sclerose. In einem von Prouff beobachteten Falle von Morvan'scher Krankheit fand sich gleichfalls Syringomyelie. Die letztere scheint demnach meistens die Grundlage für den von Morvan geschilderten Symptomencomplex abzugeben.

Strauscheid.

---

131) Dr. **Schaffer** und Dr. **Preisz** in Budapest. Ueber Hydromyelie und Syringomyelie.

(Arch. f. Psych. XXIII. pg. 1—37.)

Die Verfasser richteten ihr Augenmerk besonders auf die noch nicht scharf präcisirten Zwischenformen der Hydromyelie und Syringomyelie im engeren Sinne, während sie die aus Zerfall von pathologischen Gewebsmassen hervorgehenden Spaltbildungen von der Betrachtung ausschlossen.

Sie stützen sich auf den mikroskopischen Befund in sechs Fällen. Die Verfasser betonen, dass die unterscheidenden Merkmale der beiden Arten von Höhlenbildungen nur morphologische, nicht genetische sind. (cfr. p. 30) Die syringomyelitische Höhle besitzt nie einen Epithelüberzug und liegt ausserhalb des Centralkanals. Eine genetische Abtrennung und Definition der beiden Arten von Höhlenbildung wird für unmöglich erklärt. Die Verfasser schlagen folgendes System vor:

I. Einfache Formen der Höhlenbildungen: 1. Hydromyelie, a) congenital, b) acquirirt. 2. Syringomyelie. II. Combinirte Form der Höhlenbildungen.: Hydromyelie plus Syringomyelie. III. Gemischte Formen der Höhlenbildungen: Hydrosyringomyelie. — Das Characteristische der Arbeit liegt in der vorwiegend pathologisch - anatomischen Auffassung, welche sehr consequent durchgeführt ist. Sommer (Würzburg).

---

132) Dr. **Kuhnen** (Pfullingen). Ueber einen Fall von psychischer Ansteckung mit Ausgang in völlige Genesung.

(Allgem. Zeitschr. für Psych. Bd. 48 p. 60.)

Eine Wärterin, aus sehr ungünstigen Verhältnissen stammend, von unselbstständigem, leicht zu beeinflussendem Charakter, dazu scheu und furchtsam, war speciell mit der Pflege einer an schweren hysteroepileptischen Anfällen leidenden Kranken betraut, welche sich ausserdem in einer anhaltenden leichten maniakalischen Exaltation befand: Als einmal unter aussergewöhnlichen Verhältnissen ein Anfall auftrat, konnte die schon durch Nachtwachen erschöpfte Wärterin mit der Kranken nicht zurecht kommen. Am nächsten Tage erkrankte sie unter Kopfweh, Gliederschwere, Mattigkeit und am Abend traten Krämpfe auf, welche in ihrer äusseren Erscheinungsform ganz den bei der Patientin beobachteten glichen. Im späteren Verlauf traten die Krämpfe bis 4mal täglich auf und zugleich entwickelte sich das Bild einer typischen Melancholie. Durch Entfernung der Erkrankten aus ihrer bisherigen Umgebung und entsprechende psychische Behandlung gelang es bald, eine vollkommene Genesung herbeizuführen.

Bei Erörterung der Pathogenese dieses Falles gelangt Verf. zum Schluss, dass mit Joerger die secundäre Erkrankung am besten als „emotiv-inducirte“ Psychose aufzufassen ist. Eine Bestätigung dieser Auffassung sieht Verf. in der leichten Hypnotisirbarkeit seiner Kranken.

Der referirte Fall dürfte dem Begriff einer emotiv-inducirten Psychose wohl entsprechen. Es würde aber doch zu weit gegangen sein, bei allen bisher bekannten Fällen von psychischer Infection diesen Entstehungsmodus anzunehmen. H. Dehio (Rothenberg).

---

133) Prof. Dr. **Kirn** in Freiburg. Die Psychosen der Influenza.

(Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 48, p. 1.)

Aus der Casuistik, zu welcher alle Länder beigetragen haben, welche die Influenza durchzog, lässt sich vor allem entnehmen, dass Psychosen während und nach der Influenza absolut häufig auftreten. Das relative Verhältniss lässt sich bei der grossen Ausbreitung der Krankheit nicht gut bestimmen, ist aber vermutlich auch höher, als bei andern Infectionskrankheiten. Bisher sind im Ganzen 54 Fälle veröffentlicht worden. Von diesen charakte-

risirt sich ein Theil als febrile Störungen, und zwar als Fieberdelirien, welche von den bei andern Infectionskrankheiten beobachteten kaum abweichen; oder als febrile Psychosen. Letzteren sind 15 Fälle zuzuzählen; sie verlaufen unter dem Bilde einer acuten hallucinatorischen Verwirrtheit, treten mit dem Fieber auf und überdauern dasselbe, um nach wenigen Wochen abzuklingen. Viel mannigfaltiger sind die postfebrilen Psychosen, welche im grossen und ganzen in 3 Hauptgruppen sich einordnen lassen. — Als erste sind die asthenischen Psychosen zu nennen, rasch sich entwickelnde Aufregungszustände mit massenhaften Sinnesdelirien und Wahnideen von bald exaltirter, bald deprimirter Färbung. Charakteristisch für dieselben ist grosse körperliche Schwäche und Blutarmuth. Die Prognose ist eine gute. — Der 2. Gruppe sind die Melancholien zuzuzählen, welche alle Uebergänge von einfacher neurasthenisch - hypochondrischer Verstimmung mit hartnäckiger Schlaflosigkeit bis zu schweren stupurösen Zuständen zeigen. Auch diesen Formen ist ein hochgradiges Sinken der Körperernährung eigen. Im Allgemeinen überwiegen die leichteren Formen mit günstigem Verlauf. — Am schwersten sind die Manien, welche auch, bis auf 2 Fälle, günstig verliefen. — Bei den vereinzelten Fällen von hysterischen, paranoischen und paralytischen Erkrankungen ist die Influenza wohl nur die zufällige Gelegenheitsursache gewesen. Ebenso sind die Fälle von typischem Delirium alkoholicum zu beurtheilen. In aetiologischer Beziehung ist bemerkenswerth, dass die individuelle Veranlagung bei den febrilen Psychosen eine sehr geringe Rolle, eine desto grössere aber bei den postfebrilen spielt. 54% derselben sind erblich belastet und bei den übrigen tritt die erworbene Prädisposition sehr in den Vordergrund, indem theils hochgradige Erschöpfung durch die Influenza, theils schon früher bestehende Organleiden sich constatiren lassen. — Angesichts der kurzen Dauer der Influenza ist ein grosses Gewicht auf die specifische Krankheitsdiagnose, auf ein theoretisch anzunehmendes Influenza-Toxin zu legen, daher alle erwähnten Psychosen bis zu einem gewissen Grade als Intoxicationspsychosen bezeichnet werden dürfen. Gestützt wird diese Annahme durch die überall gemachte Beobachtung, dass das Influenzagift einen besonders schädigenden Einfluss auf das Nervensystem ausübt. H. Dehio (Rothenberg).

---

134) **Josef Krypiakiewicz.** Ueber Psychosen nach Influenza.
(Jahrbücher f. Psych. Bd. X., Heft 1.)

Nach einer kurzen Uebersicht der bis jetzt veröffentlichten Psychosen nach Influenza, berichtet Verf. über einen Fall, bei welchem sich unmittelbar an die Influenza eine Psychose anschloss, die mit Pupillendifferenz, Sprachstörung, Paresen und einseitigem Fehlen des Kniephänomens einhergehend, nur als Paralyse gedeutet werden kann. Syphilis als ätiologisches Moment glaubt Verf. ausschliessen zu können.

H. Dehio (Rothenberg).

---

135) **Klinke** (Leubus). Ueber Sprachstörungen bei Hypochondrie und ähnliche Störungen der formalen Lautsprache bei Geisteskranken überhaupt.
(Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 48 p. 233.)

K. theilt mehrere Fälle mit, in deren Verlauf als vorübergehendes Symptom oder als Uebergang zu vollständigem Mutacismus eine lallende,

an die Kindersprache errinnernde Sprechweise auftrat. Bei 2 Psychosen mit hypochondrischen Wahnvorstellungen trat diese Störung im Zusammenhang mit der Wahnvorstellung des Herausgedrehtseins oder Fehlens der Zunge auf, während bei den übrigen Kranken die Vorstellung, ein Kind zu sein, selbst angegeben wurde oder aus dem sonstigen Verhalten der Kranken vermuthet werden konnte. Die Störung als solche ist unter die von Kussmaul als Dyphasieen bezeichneten formalen Sprachstörungen einzureihen, ihr Vorkommen bei Geisteskranken ist schon öfters erwähnt worden, ebenso der Einfluss körperlicher Sensationen auf das Auftreten derartiger zwangsmässiger Handlungen sprachlicher Natur (Pick), doch giebt erst die Cramer'sche Hypothese eine dem Autor genügende Erklärung.

H. Dehio (Rothenberg).

---

136) Dr. **Hoche** in Strassburg. Doppelseitige Hemianopsie inferior und andere sensorisch-sensible Störungen bei einer functionellen Psychose.

(Arch. f. Psych. XXIII. 70—87.)

Die Tendenz, die „functionellen" Geisteskrankheiten durch den Begriff des psychischen Herdsymptoms der pathologisch - anatomischen Betrachtung näher zu bringen, kommt als Einwirkung der Localisationslehren auf die Psychiatrie immer schärfer zu Tage. In dieser Richtung bewegt sich die vorliegende Arbeit. Es handelt sich um eine 27jährige stark belastete Frau. Am 6. Mai 1891 wurde sie entbunden, wobei sie einen Dammriss mit folgendem Puerperalfieber erlitt. Vom 3. Tage an Temperaturen bis 41^{0} mit starker Bewusstseinstrübung nebst schreckhaften Hallucinationen und Illusionen aller Sinne.

Vom 6. August 1890 klinische Beobachtung. Sie zeigte Versündigungswahn bei melancholischem Affect, welcher allmählich geringer wurde, ohne dass die Wahnideen schwanden. Am 8. November plötzlich starke Hallucinationen. Sie vernahm im rechten Ohr, auf welchem sie seit dem 15. Jahr schwerhörig war, Stimmen z. B. „Komm, komm", und Anderes. Ferner hatte sie Gesichtshallucinationen, sie sah Farbenringe, Sterne, Funken etc. Es fand sich, dass für äussere optische Eindrücke ein doppelseitiger absoluter Ausfall der unteren Hälfte des Gesichtsfeldes bestand und dass die subjectiven Gesichtswahrnehmungen ausschliesslich in die ausgefallene Partie des Gesichtsfeldes projicirt wurden. Geruch vollkommen geschwunden, auch für stark riechende Substanzen, Geschmack für süss, sauer, salzig erloschen, für bitter schwache Empfindung.

Im Vordergrund des Interesses steht der Zustand des Gesichtsfeldes, besonders die Congruenz des von subjectiven Farben und Lichterscheinungen ausgefüllten Gebietes mit dem Defect des Gesichtsfeldes für äussere Eindrücke. „Vor einem hellen Hintergrunde, der aus grünen und röthlichen sich bewegenden Wellenlinien gebildet wird, schweben blumenartige Gebilde von verschiedener Axenstellung, blauer und gelber Farbe, hin and her." Die obersten davon erschienen von einem scharfen Strich abgeschnitten. „Die ganze für die Eindrücke der Aussenwelt ausgefallene Gesichtsfeldhälfte ist mit dieser Erscheinung erfüllt, welche die Aufmerksamkeit der Kranken viel mehr in Anspruch nimmt, als die wirklichen von aussen zugeführten Wahrnehmungen im sehenden Bezirk." (p. 76.)

Am 13. December eine ziemlich plötzliche Besserung mit heftiger Exaltation, welche jedoch nicht in ein maniakalisches Stadium überleitete. Die Kranke liess den Arzt spontan rufen um mitzutheilen, dass sie wieder „ganz“ sehen könne.

H. schliesst in der Epikrise zunächst aus, dass es sich um „hysterische“ Störungen gehandelt hat, verneint andererseits eine organische Läsion als Grund der Hemianopsie inferior. In der Auslegung der Phänomene zeigt sich H. sehr reservirt, weist z. B. darauf hin, dass nicht alle Erscheinungen in dem naheliegenden Sinne der subkortikalen Entstehung von Hallucinationen ausgelegt werden können. Sommer (Würzburg).

---

137) Dr. **Ostermayer** in Budapest. Zur Lehre vom Zwillingsirrsinn. (Arch. f. Psych. XXIII. p. 88—111.)

Es werden zuerst 14 früher beschriebene Fälle von Irrsinn bei Zwillingen gesichtet. Verfasser lässt nur diejenigen Fälle gelten, „wo ohne Rücksicht auf Gleichzeitigkeit des Ausbruches, beide Zwillingsindividuen an gleicher oder ähnlicher Psychose ganz unabhängig von einander erkranken, und der Verlauf der Geistesstörung bei beiden seinen selbstständigen Character beibehält.“ Alle anderen Fälle sind hiervon als inducirtes Irresein, Folie à deux bei Zwillingen und als nicht hierhergehörig auszuschliessen.

Der Verfasser selbst theilt darauf einen Fall von „inducirtem Irresein bei Zwillingen“ mit. Es handelt sich um Zwillingsbrüder, welche beide in ganz ähnlicher Weise an Paranoia erkrankten. Da bei diesen Personen von jeher die innigste Wechselbeziehung bestanden und sie sich sozusagen gemeinsam in die Verfolgungsideen hineingedacht haben, so spricht Verfasser nicht von echtem „Zwillingsirresein“ sondern von „inducirtem Irresein bei Zwillingen.“ Sommer (Würzburg).

---

138) **L. Korsakow.** K woprossu ob ostrych formach umopomie schatelstwa. (Zur Frage nach den acuten Formen der Verrücktheit.) (Med. Obosrenije Nr. 3. 1891, Kowalewskij's Archiv 1891 Nr. 3.)

K. trägt Bedenken, Meynert zu folgen, wo dieser eine Reihe von Zuständen wie das petit mal, das dilirium tremens u. a. zur Amentia als einer besonderen Krankheitsform zählt, welche er unter dieser Bezeichnung schildert. Er möchte anstatt „Amentia“ lieber „Dysnoia“ sagen, mit einem Ausdruck, der auf die mehr oder weniger tiefe Erschwerung des Denkens und Verwirrung des Vorstellens hindeutet. Nach dem Verlauf und den Erscheinungen gewinnt er folgende Eintheilung der Dysnoia: 1. Dysnoia stuporosa. Hier geht die anfängliche Verwirrtheit bald in einen anhaltenden Stupor über. 2. Dysnoia deliriosa, characterisirt durch Zurücktreten des Bewusstseins, Unterbrechung der psychischen Reaction, Zusammenhangslosigkeit der Vorstellungs-Association, bei zeitweisen Hallucinationen und Illusionen. Typisch ist diese Form in den Fällen entwickelt, wo äusserste Verwirrung mit stürmischer Reaction und explosiven Affecten besteht; sie enden entweder bald in Genesung, oder ziehen sich 6—12 Monate hin, ohne dann stets zur Genesung zu führen. In andern Fällen treten schon sehr bald maniakalische Erscheinungen auf, (Dysnoia deliriosa maniacalis), meist tritt dann binnen 4—5 Monaten Genesung ein. In

einer dritten Reihe von Fällen dominirt der Unlustcharacter des Delirs, Schreck, Entsetzen, Angst oft mit schnellem Uebergang in Stupor, (Dysnoia deliriosa melancholica) — während schliesslich auch ein Wechsel des depressiven mit expansivem Inhalt des Delirs deutlich ausgesprochen sein kann — dysnoia intermittens s. circularis.

3. Dysnoia dementica; diese Form zeigt mehr partielle Defecte in der intellectuellen Thätigkeit, als Verdunkelung des Bewusstseins.

Ausser diesen Formen nimmt K. noch die Existenz abortiver Fälle an, wo es nicht weit über die Entwickelung der Prodomalerscheinungen herauskommt, meist bei neuropathischen Individuen nach Erschöpfung, acuten Krankheiten, Aborten, Entbindungen.

Von der Dysnoia („Besumije“) unterscheidet K. diejenigen Fälle acuter Verrücktheit, die durch ihre Symptomatik wohl der Paranoia im allgemeingültigen Sinne dieses Worts nahe stehen, sich von ihr jedoch durch ihr acutes Einsetzen und den Uebergang in Genesung unterscheiden. Als hierher gehörige Unterarten schildert er die „paranoia hyperphantastica“, mit Vorwiegen stark erregter Phantasiethätigkeit, und die paranoia neuralgica parästhetica, wo neben einer dominirenden Wahnbildung die Störung des Gemeingefühls in den Vordergrund tritt. Ueber die Stellung der primären Demenz und des acuten Delirs in seinem System spricht K. sich nicht mit Entschiedenheit aus.

Die Pathogenese der acuten Dysnoia führt K. zu der Annahme, dass es sich dabei stets um eine Intoxication derjenigen Theile des Nervensystems handle, welche die nächste Beziehung zum psychischen Leben haben.

Kurella.

---

139) **W. P. Serbskij** (Moskau). Ob ostrych formach pomjeschatelstwa. (Ueber die acuten Formen der Geistesstörung).

(Medic. Obosrenije und Kowalewsky's Archiv 1891 p. 88.)

S. betont auf Grund seiner eigenen Beobachtungen die Nothwendigkeit einer scharfen Unterscheidung zwischen Amentia acuta und Paranoia acuta; in dem Umkreis des ersteren überwiegen die Störungen des Bewusstseins, in der letzteren die Störungen in der intellectuellen Sphäre. Als absolut characteristische Symptome der Amentia acuta nennt K.:

1. Die Verwirrung des Bewusstseins, die Unmöglichkeit der Orientirung in der Umgebung und in den eigenen Vorstellungen, wobei Hallucinationen meist fehlen; wo sie doch vorhanden sind, treten sie als Folge der Bewusstseinsstörung auf.

2. Das Auftreten affectiver Zustände entweder im ganzen Krankheitsverlauf oder in bestimmten Phasen desselben, wobei die Affecte selber keine bestimmte Färbung haben, sondern die verschiedensten Gemüthserregungen in kaleidoskopischem Wechsel auftreten können; diese Erscheinungen affectiver Natur erklärt S. in Uebereinstimmung mit Meynert durch primäre vasomotorische Processe.

3. Der typische Character des Leidens — woher der Name Amentia — ist bedingt durch die ausserordentlich tiefe Störung der Vorstellungs-Association, welche durch ihre Intensität den wesentlichsten Factor der intellectuellen Störung darstellt.

In der Mehrzahl der Fälle tritt ein continuirlicher Wechsel bestimmter scharf unterschiedener Perioden des Verlaufs hervor, deren Eigenthümlichkeiten die Aufstellung einiger Subtypen der acuten Verwirrtheit gestatten. K. rechnet die Amentia zu den Psychoneurosen, obgleich er ihr Auftreten bei Degenerirten zugesteht. Auch N. betont die causale Bedeutung der Intoxication oder Autointoxication für diese Zustände.

Die acute Paranoia bringt K. in sehr engen Zusammenhang mit dem chronischen Delir. Sie ist characterisirt:

1. durch die relative Helligkeit des Bewusstseins,
2. durch die subacute Entwicklung deutlich ausgesprochener Wahnideen, welche sich jedoch nie zu einem Wahnsystem zusammenschliessen,
3. durch das Zugleichbestehen irgend eines einzelnen dominirenden Affectzustands vom Character des Beeinträchtigungs- oder Erhebungsgefühls, woraus sich die beiden Hauptformen, die depressive oder die expansive, ergeben.

Entgegen dem Verlauf der acuten Verwirrtheit, zeichnet sich der der acuten Verrücktheit durch grössere Gleichmässigkeit und Continuität aus. Die Krankheit recidivirt leicht und tritt besonders bei erblich stark belasteten Personen auf.

Kurella.

---

140) **C. Mayer.** Ein Fall von Psychose bei einem Bleikranken.
(Jahrbücher f. Psych. Bd. X, Heft 1.)

I. S., 20jähriger Schriftsetzer, hat vom 14. Lebensjahre an an Bleikoliken gelitten, zu welchen sich später Kopfschmerzen, Zittern und endlich Lähmung der rechten Hand hinzugesellten.

Anfang Februar 1890 ein epileptischer Anfall mit folgender Verwirrtheit, am 15. Februar Beginn der Psychose. Dieselbe ist characterisirt durch das Auftreten von massenhaften Hallucinationen der Art, wie sie beim Delirium alkoholicum beobachtet worden. Pat. sieht überall Würmer an seinem Körper, zieht Fäden und Nadeln aus Mund und Nase. Dabei besteht leichte Verwirrtheit; ängstliche und heitere Stimmung wechseln. Somatisch rechtsseitige Extensorenlähmung mit Entartungsreaction, Parese beider Abducenten, Neuritis optica. — Während einer kurzen Remission in den letzten Tagen des Februar 3 epileptische Anfälle, in der ersten Hälfte des März volle Genesung. Anfang Mai noch Spuren der Abducensparese. Pat. giebt jetzt an, schon vor der Erkrankung an Sensationen in den Fingern gelitten zu haben.

In der Epikrise berichtet Verf. noch kurz über einen Fall, in dem gleichfalls Parästhesieen bei klarem Bewusstsein richtig gedeutet, bei Verdunkelung des Bewusstseins aber als krabbelnde Käfer, Cigarrenstümpfchen oder Bänder aufgefasst werden. — Als seltenes Symptom der Bleivergiftung ist die Augenmuskellähmung zu verzeichnen.

H. Dehio (Rothenberg).

---

141) **S. S. Korsakow** und **W. P. Serbskij.** (Moskau.) Slutschaj polineirititschewskawo psichosa ss autopsiej. (Polyneuritische Psychose mit Autopsie.) (Jubelband für Prof. Koschewnikow. 1890. p. 319. cfr. Arch. f. Psych. XXIII. pg. 112—134.)

Graviditas extrauterina, Laparotomie und Extraction einer macerierten Frucht. Abscess in der rechten Fossa iliaca. Ungünstiger Wundverlauf. 10 Tage nach der Operation beginnende Erregung, die Kranke reisst sich die Drainröhren heraus, schläft schlecht. Einige Tage darauf Benommenheit, Gedächtnissschwäche, Erinnerungstäuschungen, falsche Identification, Weinerlichkeit. Nachts grössere Unruhe, Hallucinationen des Gesichts, P. sieht Pferde, grosse Hunde. Keine Paralyse, keine Anästhesie, Schwäche der Beine, Kniephänomen aufgehoben. In den nächsten Tagen steigende Erregung, lautes Schreien, nächtliche Gesichts-Hallucinationen. Nach einmonatlicher Krankheit volle Verwirrtheit, fortwährendes Schwatzen, zunehmende Schwäche, Auftreten von Gehörshallucinationen, von Nystagmus. Muskeln und Nervenstämme der Beine sehr druckempfindlich, untere Extremitäten paraplegisch, an der rechten Hand beginnende Extensoren-Lähmung, Urin eiweisshaltig und von geringer Menge. Tod 2 Monate nach der Operation in Folge von Diaphragma-Lähmung.

Die Section und weitere Untersuchung ergab weitverbreitete Degeneration peripherer Nerven (Panneuritis) besonders in ihren peripheren Abschnitten. Auch die Oculomotorii und der acusticus zeigen degenerirte Fasern. Im Rückenmark findet sich eine Vermehrung des Bindegewebes der Hinter- und Seitenstränge, im Grosshirn keine Veränderung. Von den Conclusionen der Verfasser heben wir zwei hervor:

„3. Die bei der Untersuchung der peripheren Nerven gefundenen Veränderungen bringen neue Thatsachen zur Unterstüzung der Behauptung von Gombault, dass in der Initialphase der degenerativen Neuritis beim Menschen eine segmentäre periaxilläre Neuritis besteht, und sich erst später eine Entartung in der Form der Wallerschen Degeneration entwickelt.

4. Dieser Umstand stimmt überein mit der von uns aufgestellten Theorie von der toxischen Entstehung der multiplen degenerativen Neuritis. In unserm Falle spricht hierfür auch die Entwicklung der Krankheit, und namentlich die Anwesenheit von Zersetzungsproducten im Organismus der Kranken.“ Kurella.

---

142) **Kozhewnikow** (Moskau). Ob alkogolnom paralitsche. (Alkohol-Paralyse.)

(Wjestnik klin. psichiatr. 1891. 2)

Alkohol-Paralyse findet sich in den verschiedensten Gesellschaftsclassen, besonders aber unter den ärmeren, Strapazen, besonders der Erkältung, ausgesetzten Bevölkerung. Anatomische Veränderungen sind dabei im gesammten Nervensystem ausgesprochen, vorzugsweise aber in der Form multipler Degeneration peripherer Nerven. Motorische Störungen, meist von langsamer Entwicklung und peripherem Character, treten vorzugsweise in den unteren Extremitäten auf. Psychische Affectionen zeigen sich in Form von Bewusstseinsstörungen und erheblicher Schwächung des Gedächtnisses.

Kurella.

---

143) **S. Uspenskij** (Moskau). Slutschaj progressiwnawo paralitscha na alkogolnoj potschioje. (Fall von progressiver Paralyse auf Alkohol-Grundlage.)

(Jubelband f. Prof. Koschewnikow p. 673.)

Patient, ein Mann von 32 Jahren, hat 14 Jahre lang stark getrunken, ohne nervöse Störungen zu erleiden. Seit 1886 unklare nervöse Symptome. October 1887 starke Trinkexcesse und im Anschluss daran Delirium tremens, aus dem sich eine chronische hallucinatorische Psychose entwickelt, in die sich im Jahre 1888 Züge der progressiven Paralyse einmischen. Tod im November 1889. Zu den Initial-Symptomen: Erbrechen, Convulsionen, schreckhafte Hallucinationen, die sich Abends verstärkten, Tremor, traten allmählich Grössenideen und gehobenes Selbstgefühl; U. betont die Armuth des Inhalts und die Monotonie der Grössenideen als etwas besonders characteristisches.

Kurella.

---

144) **Poljakow** (Charkow). Paranoitscheskij bred pri progressiwnom paralitsche. (Paranoïsches Delir bei einem Paralytiker.

(Kowalewskij's Archiv XVIII.1 1891.)

Ein 43jähriger, früher syphilitisch inficirter, von beiden Eltern her schwer belasteter Mann, nicht Potator, zeigt in der Klinik anfangs einen wohl systematisirten Verfolgungswahn mit deutlicher Beziehungs- und Interpretirungssucht, gegründet auf Illusionen und Hallucinationen (Gespräche mit der Mutter Gottes, die er in Dialogform aufzeichnet). Bald treten paralytische Erscheinungen hinzu: Zittern der Stimme, der Gesichtsmuskeln, der Hände, Pupillendifferenz, reizbare Schwäche in der Affect-Sphäre, Trunkenheitähnliche Benommenheit, gesteigertes Selbstgefühl; der Grössenwahn, das Verfolgungsdelir, die Querulirsucht und das misstrauische Wesen deuten darauf hin, dass in vorliegendem Falle die progressive Paralyse mit einem paranoïschen Stadium einsetzte, wie sie mit einem melancholischen, paranoïschen oder hypochondrischen Zustande beginnen kann.

Kurella.

---

145) **W. P. Kusnezow.** K woprossu o wyzdorowlenii ot progr. paralitscha (Ueber die Genesung von progr. Paralyse).

(Wratsch 1891 Nr. 10.)

Ein 43jähriger Ingenieur zeigt ein Jahr vor Beginn der Anstaltsbehandlung Characterveränderung, und geringere dienstliche Accuratesse. Schliesslich wurde er schlaflos, erregt, sprach fortwährend, beschädigte seine Sachen, schwelgte in phantastischen Projecten und machte Versuche zu ihrer Ausführung. Im December 1881 kam er in die Anstalt. Hier fand sich Pupillendifferenz, Tremor der Hände, Steigerung des Kniephänomens, Gang- und Sprachstörungen, Störungen des Bewusstseins, der Orientirung des Gedächtnisses, blühendes Grössendelir. Nach einigen Wochen Steigerung der Erregung bis zu deliranter Agitation. Im April trat nach einer phlegmonösen Affection eines Beins Beruhigung ein, die äussere Haltung wurde correct, das Grandiositäts-Delir bestand weiter. Bis Ende Juli, wo der Kranke entlassen wurde, verschwanden alle Wahnideen, das psychische Verhalten war völlig ruhig und gesammelt. Einige Monate später trat der Ingenieur wieder

in den Dienst, leistet genügendes, erscheint seiner Frau wieder ganz wie früher und ist seitdem gesund.

K. ist der Meinung, dass eine rechtzeitige Diagnose schleunige Entfernung aus der Umgebung und entsprechende Therapie die Heilbarkeit der Paralyse begünstigt und dass gerade desshalb eine psychiatrische Vorbildung aller Aerzte nothwendig wäre. Kurella.

---

146) **Landon Cartes Gray** (New-York): „Three diagnostic symptoms of melancholia" (drei diagnost. Merkmale der Mel.).

(The Medic. Record 10. October 1891.)

Verf. hielt im Juni 1889 vor der American Neurological Association (cf. The Journal of nervous and mental diseases; Januar 1890) einen Vortrag darüber, dass für die Diagnose der einfachen Melancholie (im Gegensatze zu den andern Formen der Melancholie, der stupida, attonita und agitata,) die gleichzeitige Anwesenheit von Melancholie, Schlaflosigkeit und postcervicalem Schmerz oder wenigstens postcervicalen abnormen Empfindungen, wie Ziehen, Kriechen, Taubsein u. s. w. von grösster Wichtigkeit sei; ja es genüge für die Diagnose schon das gleichzeitige Vorhandensein der Melancholie mit einem jener Symptome. Zum Beweise giebt er in vorstehender Arbeit die Krankengeschichten von 36 Fällen (die 16 schon früher veröffentlichten und 20 neue): in 53% derselben waren alle 3 Symptome zugleich vorhanden; die Schlaflosigkeit fehlte nur in 3%. Voigt.

---

147) **Mabille**: Trois cas de suicide survenant en trois ans chez trois Soeurs.

(Ann. méd.-psych. 1891 Sept. Oct.)

Verf. bringt die Krankheitsgeschichte von 7 Geschwistern, bei welchen sowohl von Seiten des Vaters wie der Mutter exquisite erbliche Belastung für Geisteskrankheiten bestand.

1 Sohn war temperär geisteskrank, äusserte zeitweise Selbstmordideeen.

1 Tochter litt an melancholischer Verstimmung, ertränkt sich.

1 Tochter ertränkt sich 1 Jahr später am Jahrestag des Todes der Schwester und zwar am selbigen Orte.

1 Kind leidet an hysterisch-epileptischen Anfällen.

1 Tochter wird wegen Angstzuständen und melancholischer Verstimmung der Irrenanstalt überwiesen; trotz strenger Aufsicht gelingt es ihr sich an derselben Stelle, wie ihre Schwestern durch Ertränken das Leben zu nehmen. Lehmann.

---

148) **C. Eugene Riggs** (St. Paul, Minn.): Melancholia clinically considered especially in its relation to lithaemia, Bright's disease and glycosuria.

(The journal of nervous and mental disease. September 1891.)

Verf. hält einen Vortrag für practische Aerzte, in dem er eine kurze Schilderung des klinischen Krankheitsbildes der Melancholie giebt, und führt darauf die verschiedenen Ansichten der Autoren über den Zusammenhang zwischen der Lithaemie (Uric-acidaemi), Nephritis und Glycosurie einerseits und psychischen Depressionszuständen spec. Melancholie andererseits an.

Er glaubt, dass letztere nur selten durch Anwesenheit von Harnsäure und anderen Abkömmlingen, der unvollständigen Eiweissoxydation im Blute (Lithaemie) hervorgerufen wird, eher umgekehrt. Ueber die Beziehungen zwischen Nephritis und Geistesstörungen sind die Meinungen sehr verschieden. Diabetes als Begleiterscheinung oder Ursache von Melancholie ist vielfach beobachtet worden. Strauscheid.

---

149) **W. Willerding.** Prognose bei Manie.
(Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 48, p. 72.)

Eine statistische Bearbeitung aller vom Jahre 1878 bis zum August 1890 unter der Diagnose „Manie“ in der Hildesheimer Anstalt aufgenommenen Kranken. Als „Manie“ wurde eine Geistesstörung bezeichnet, welche sich characterisirt „durch den krankhaft beschleunigten, ungehemmten Ablauf der Bewegungen in der motorischen wie psychischen Sphäre, durch weite Vorstellungskreise und dadurch, dass der Umsatz des Psychischen ins entsprechende Motorische sich mit ungehemmter Leichtigkeit vollzieht. Die Hauptsymptome sind: gehobenes Selbstgefühl, Ideenflucht mit motorischer Unruhe; nicht selten werden Sinnestäuschungen beobachtet.“

Die wichtigsten Ergebnisse der statistischen Untersuchung und der klinischen Beobachtung sind folgende:

1. Circa 70% aller Manien heilen mit einer durchschnittlichen Dauer von einigen Monaten.
2. Schnelle Ueberführung der Maniaci in eine Anstalt ist von günstigem Einfluss auf den Verlauf der Krankheit.
3. Hereditär-psychopathische Belastung ist nicht als ungünstiges prognostisches Moment anzusehen.
4. Manieen, welche in Folge körperlicher Leiden entstanden sind, Alkohol- und Puerperal-Manieen bieten in den meisten Fällen hinsichtlich sowohl der Dauer als auch der Heilung eine gute Prognose.
5. Kopfverletzung geringeren Grades als veranlassende Ursache ist prognostisch nicht ungünstig.
6. Wiederauftreten der Menses bei beginnender psychischer Besserung lässt baldige Genesung erwarten.
7. Je jünger das Individuum ist, desto grösser ist die Hoffnung auf Wiederherstellung.
8. Periodische Manieen bieten eine schlechte Prognose auf dauernde und vollständige Heilung dar.
9. Längeres Bestehen der Manie verschlechtert die Aussicht auf vollständige Heilung.
10. Plötzliches und heftiges Einsetzen der Erregungserscheinungen ist als ungünstig anzusehen, ausser bei den eigentlichen Puerperalmanieen und den Manieen nach Kopfverletzung.
11. Plötzliches Aufhören der Erregungserscheinungen lässt den Uebergang in Periodicität oder ein baldiges Recidiv befürchten. Prognostisch günstig ist es aber bei Eintritt oder nach Ablauf acuter körperlicher Leiden.
12. Ungünstig ist eine erheblichere Zunahme des Körpergewichtes vor dem Eintritt des ruhigen Stadiums.

13. Je schwerer die Erkrankung ist, desto geringer ist die Aussicht auf vollständige Heilung.
14. Lähmungserscheinungen und Convulsionen sind als ungünstige Complicationen anzusehen.
15. Mehrmalige Erkrankungen gefährden den Intellect.

H. Dehio (Rothenberg).

---

150) **Dagonet**: L'aliénation mentale chez les dégénérés psychiques.
(Annal. med. psycholog. 1891 juill.—decembre.)

Der Mangel eines harmonischen Verhältnisses zwischen Intelligenz und moralischem Gefühl kennzeichnet im allgemeinen den psychisch Degenerirten. Verf. sucht nachzuweisen, dass bei den Degenerirten fast alle Formen der psychischen Störungen vorkommen. Doch ist als characteristisch für dieselben eine mehr oder minder grosse Abweichung des Krankheitsbildes von dem Typus desselben zu beobachten und zwar sowohl bezüglich des Verlaufs wie der krankhaften Manifestationen. Einige Krankheitsformen bezeichnet er als typisch für die Degenerirten, so z. B. die folie du doute, folie impulsive, das Bestehen eines état nevropathique, Angstzustände etc.; meist handelt es sich um Kranke, deren Irresein nicht durch ihre Reden, sondern einzig durch ihre Handlungsweise an den Tag tritt. Die psychische Degenerescenz braucht nicht wirkliche Geistesstörung zur Folge zu haben, auch ist bei eingetretener Seelenstörung die Prognose auf Heilung eine nicht allzu schlechte; jedoch besteht zweifellos eine ungemeine Neigung zu Recidiven.

Die Arbeit ist durch viele interessante Krankheitsgeschichten illustrirt, bietet jedoch nichts wesentlich Neues. Lehmann (Dalldorf).

---

151) **Christian** (Charenton): Des idées de grandeur chez les persécutés.
(Arch. de Neurologie 1891 November, 1892 Januar.)

Bezüglich des Auftretens von Grössenideeen bei Verfolgungswahn hat Verf. 40 Fälle seines Beobachtungskreises genauer geprüft und entgegen seiner früheren Annahme in 31 Fällen, also der Mehrzahl, das Vorhandensein deutlicher Grössenideeen oder ähnlicher Erscheinungen gefunden. Er theilt seine Fälle in 4 Gruppen und giebt von jeder Gruppe einzelne interessantere Krankengeschichten kurz wieder.

Zur ersten Gruppe gehören solche Fälle, in denen schliesslich die Grössenideeen vorherrschen (Megalomanie), während in der zweiten Gruppe solche Fälle sind, bei denen Grössenideeen nur accessorisch auftreten.

In der dritten Gruppe sind Fälle, bei denen zwar keine Grössenideeen, wohl aber ein gehobenes Gefühl, Stolz u. s. w. auftritt.

Den Fällen der vierten Gruppe, wozu besonders die Genital-Verfolgten gehören, fehlen jegliche Grössenideeen. Otto.

---

152) Dr. **Ponnini**. La teomane di Mezzoiuso.
(Rassegna clinica e statistica della Villa di Salute di Palermo 1891 fasc. 2.)

Ein junges hysterisches Mädchen geräth plötzlich in maniacalische Erregung mit Göttlichkeitsideeen; sie will die bösen Geister aus ihrem wahnsinnigen Bruder austreiben, schlägt ihm zu diesem Zwecke mit einer hölzernen Reliquie so lange auf den Kopf, bis er tot ist und zerfleischt dann die

Genitalien der Leiche. Zwei Vettern helfen ihr, indem sie das Opfer stundenlang festhalten. Diese beiden waren geistig gesund, aber abergläubisch und zum Mysticismus neigend, von der göttlichen Heilkraft ihrer Cousine überzeugt und in ihrer Hand willenlose Werkzeuge bei der Unthat. Das Gericht sprach die Thäterin und ihre 2 Complicen frei.

Der Vater der Thäterin zeigte somatische Degenerationszeichen; die Mutter war hysteroepileptisch. Der älteste Sohn, das Opfer, litt seit December 1890 an religiöser Melancholie. Ein zweiter Sohn erkrankte 14 Tage später an hallucinatorischem religiösem Wahnsinn mit Erregungszuständen; ein dritter im Januar 1891 an maniacalischem Furor; ein vierter glaubt seit Kurzem von Geistern besessen zu sein. Die Thäterin erkrankte am Abend vor der That. Die ganze Familie war immer äusserst fromm und abergläubisch.

Dr. Feist.

---

153) Prof. **Meynert,** Dr. **Janchen** und **Anton.** Karl Herrmann's Krankengeschichte, zusammengefasst zur Berichterstattung an den psychiatrischen Verein in Wien behufs Stellungnahme desselben in dieser Angelegenheit.

Im Jahre 1890 verursachte ein Fall von Internirung eines angeblich Geistesgesunden in einer österreichischen Irrenanstalt dadurch grosses Aufsehen in der Tagespresse, dass es dem aus der Anstalt Entwichenen K. H. gelang, sich das Zeugniss eines Professors in Berlin zu verschaffen, nach welchem bei dem K. H. „eine krankhafte Geistesstörung zur Zeit nicht erweisbar ist und aller Wahrscheinlichkeit nach in der angenommenen Form auch während der letzten Jahre nicht existirt hat.“ — Zur Klarlegung des Thatbestandes beauftragte der psych. Ver. zu Wien die obengenannten Herren, Erhebungen über diesen Fall anzustellen und die Resultate demselben vorzulegen.

Der Bericht giebt die Krankengeschichte einer unzweifelhaften originären Paranoia, bei welcher neben den Wahnideen eine Neigung zu impulsivem Handeln in den Vordergrund tritt. Dadurch ist der Kranke mehrfach mit dem Gesetz in Conflict gekommen und endlich auf richterliche Entscheidung hin der Anstalt übergeben worden.

Auf Antrag des Comités erhebt der Verein energischen Protest gegen die häufigen Verunglimpfungen durch unberufene Laien, welchen die Vertreter der Psychiatrie in Oesterreich ausgesetzt sind.

H. Dehio (Rothenberg).

---

154) Dr. **L. Lojacono.** Un caso di delirio sistematizzato guarito colla Suggestione ipnotica.

(Annali de Nevrologia 1891. Fasc. 1.)

27jähriger belasteter Beamter erkrankte in Anschluss an einen Typhus im 13. Lebensjahre an einem acuten hallucinatorischen Delir von kurzer Dauer. Nach seiner Entlassung aus der Anstalt ward er Soldat, dann Communalbeamter. Religiöse Ideen, aus der Zeit des Delirs stammend, beschäftigten ihn seit dieser Erkrankung fortwährend. In äussere missliche Verhältnisse gerathen, ergab er sich dem Trunke, wanderte unstet umher, bis endlich das hallucinatorische Delir plötzlich wieder ausbrach und die-

selben Symptome bot, wie die erste Erkrankung. Etwas ruhiger geworden bot er das Bild eines nicht recht systematisirten regiliösen Grössenwahns. Er wurde hypnotisirt und zwar auf eigenen Wunsch. Der Kranke war im hypnotischen Zustand der Suggestion sehr zugängig. In einer zweiten Sitzung wurden ihm seine krankhaften Ideen absuggerirt und er soll von da ab bis jetzt (sechs Monate lang) ein ganz normales Wesen zeigen und als Beamter gut functioniren. Dr. Feist.

---

155) **Marandon de Montyel.** Du méthylal chez les aliénés et de son action comparative avec le chloral.

(Annal. méd.—psychol. 1891 Sept.—Déc.)

Verf. theilt uns seine äusserst exakten und kritischen Versuche mit dem Methylal als Hypnotikum mit. Während dieses Mittel von Anderen warm empfohlen wurde, kommt er zu folgenden Schlüssen: Das Methylal ist ein Hypnotikum, doch ein schwaches. Es ist geeignet den Schlaf zu verlängern, vermag jedoch nicht mit psychischer Erregung verbundene Schlaflosigkeit zu beseitigen. Es tritt sehr schnelle Gewöhnung, nach 3—4 Tagen, an das Mittel ein. Für das Mittel spricht nur der angenehme Geschmack und das Fehlen unangenehmer Nebenerscheinungen. Das Methylal ist ausser Stande mit dem Chloral zu concurriren. Lehmann (Dalldorf).

---

156) Dr. **Sgobbo Francesco.** Modificazioni del polso del cervello e dell' avambraccio dietro la somministrazione del solfonale.

(Annali di Neurologia 1891. Fasc. II—IV.)

Verf. hat an einem Individuum, das durch eine Verletzung eine Lücke im knöchernen Schädeldach besass, gleichzeitig Hirnpuls und Radialpuls nach Sulfonalgaben sphygmographisch dargestellt. Er kommt bei diesen Untersuchungen zu dem Schlusse, dass das Sulfonal ein gutes Hypnotikum sei. Bis zur Dosis von 3 gr. wirkt es auf das Herz und die Gefässe. Bei ersterem verstärkt es die Systole, während es den Tonus der Gefässe vermehrt. Diese Wirkung auf die Gefässe ist aber keine continuirliche, denn nach einer gewissen Zeit macht sie zuerst bei den Hirn- und dann bei den peripheren Gefässen einer Erweiterung und fortschreitendem Elasticitätsverlust Platz. Die Gefässwirkung ist proportional der eingenommenen Dosis.

Dr. Feist.

157) Dr. **Wladimir Preininger,** Assistent an der böhmischen psych. Klinik zu Prag. Duboisinum als Sedativum und Hypnoticum bei Geisteskranken.

(Allg. Zeitschr. für Psych. Bd. 48, pg. 134.)

Verf. hat, angeregt durch die Ostermayerschen Veröffentlichungen, das Duboisin in 134 Injectionen bei 49 Kranken versucht, und damit in 23,1 % eine sedative und in 64,3 % eine hypnotische Wirkung erzielt. Die Geschlechter verhalten sich verschieden: nicht allein, dass 94,6 % der Frauen gegenüber 82,1 % der Männer beeinflusst werden, sondern es ist bei ihnen schon mit kleineren Dosen ein genügender Erfolg zu erzielen. Im Allgemeinen räth Verf., die Dosis von 0,002 g. nicht zu überschreiten. Von practischer Bedeutung ist die Verschiedenheit der Wirkung je nach dem psychischen Zustande des Kranken. Die besten Erfolge wurden bei expan-

siven Zuständen mit motorischer Unruhe erzielt, etwas weniger gute bei depressiven Erregungszuständen, und am geringsten war der Erfolg bei in dieser Beziehung als normal zu betrachtenden Personen. — Die Wirkung tritt meist 10 M. bis höchtens eine Stunde nach der Injection auf; die Injection verursacht ein mehrere Minuten anhaltendes brennendes Gefühl. Die Wirkung stellte sich als ein in den unteren Extremitäten beginnendes Müdigkeitsgefühl dar, dem Schlaf oder Beruhigung folgt. Die Wirkung dauerte 1—6 Stunden; nachher bestand das Gefühl „als ob man tüchtig getrunken hätte“. Als somatische Symptome sind zu nennen: Mydriasis, Trockenheit im Rachen und Durst, hin und wieder Kopfschmerz und klonische Zuckungen der Gesichts- und Armmuskulatur. Der Puls bleibt anscheinend unbeeinflusst.

In 2 Fällen traten Vergiftungserscheinungen auf. Im ersten Falle hatte der Kranke 0,003 erhalten, nachdem früher Gaben von 0,001 bis 0,00225 nur mässige Schläfrigkeit verursacht hatten. Nach 3 Stunden Schlaf entwickelte sich eine leichte motorische Unruhe mit lebhaften Hallucinationen, das Gesicht war geröthet, der Puls 120; nach einer halben Stunde schlief Pat. wieder ein und erwachte mit Kopfschmerzen und grosser Müdigkeit. — Der zweite Fall betraf einen Paralytiker, der bei der 4. Injection 0,0025 g. erhielt. Nach 10 Min. leichte Agitation, darauf sinkt Pat. zurück, das Gesicht röthet sich, klonische Zuckungen in den Armen. $^3/_4$ Stunden nachher ist die Respiration stertorös, 40, der Puls fadenförmig, 160—180, Temp. 39,2. Unter Aether und Eisapplication erholt sich Pat. schnell.

Bei innerer Anwendung konnte kein Effect erzielt werden, doch sind die Versuche hierüber noch nicht abgeschlossen.

H. Dehio (Rothenberg).

---

158) **M. Lewald** (Liebenburg a. Harz). Ueber die Anwendung von Duboisinum sulfuricum bei Geisteskranken.

(Neurol. Centrablatt 1891 Nr. 19.)

L. hat das von Ostermayer als Hypnoticum empfohlene Duboisinum sulfuricum bei 21 weiblichen und 1 männlichen Geisteskranken geprüft (nach Dafürhalten des Ref. eine viel zu geringe Zahl von Fällen, um ein einigermaassen sicheres Resultat über den Werth oder Unwerth eines Mittels zu bekommen und zu veröffentlichen). L. benutzte eine Lösung von 0,04: 20, von welcher eine Spritze 0,002 gm (die gewöhnliche Dosis) beträgt. In fast $^3/_4$ der Fälle trat nach Verlauf von 10—30 Minuten Schlaf von 2 bis 7stündiger Dauer ein. Vor Eintritt des Schlafes wurden Mydriasis, Erscheinungen von Schwindel, Müdigkeit, selten Taumeln beobachtet. Dann liess die motorische Unruhe nach, die Kranken wurden ruhig und schliefen nach 20—30 Minuten ganz fest. In 24 % der Fälle trat eine 1—3 Stunden anhaltende Beruhigung ohne Schlaf ein; in 4 % der Fälle blieb die Wirkung aus. Als unangenehme Nebenwirkung waren nur die Mydriasis und Klagen über Trockenheit im Halse sowie über Durst zu constatiren.

Nach Verlauf einiger Tage schwächte sich die Wirkung ab; wurde aber das Mittel einige Tage ausgesetzt, so trat bei erneuter Injection die volle Wirkung ein. Ref. hat das Duboisinum sulfuricum auch in einer Reihe

von Fällen, wo früher das Hyoscin angewendet wurde, eingespritzt. Es wirkte im Grossen und Ganzen ähnlich wie das Hyoscin, war manchmal demselben überlegen, während andermal zum Hyoscin zurückgegriffen werden musste. Ob das Duboisin berufen ist, das Hyoscin aus der Therapie zu entfernen, möchte Ref bezweifeln. Jedenfalls hat Ref. während einer fast 3jährigen ausgedehnten Anwendung des Hyoscins bei unruhigen Geisteskranken der Anstalt Allenberg häufig sehr gute Erfolge, niemals aber etwas von bedrohlichen Erscheinungen gesehen, wie sie aus andern Anstalten berichtet worden sind, obgleich meist mit $^3/_4$ mg angefangen und die Dosis in einzelnen Fällen bis 2 mg (per injectionem) gesteigert wurde. Allerdings wurde stets nur das Hyoscinum hydrojodicum verwandt, während sonst das Hyoscinum hydrobromicum viel in Gebrauch zu sein scheint.

Hoppe (Allenberg).

---

159) **Lionel Weatherly**: Use and Abuse of Hyoscine.
(The Journal of mental science. July 1891.)

W. weist nach seinen Erfahrungen dem Hyoscin einen dauernden Platz in unserm Arzneischatz zu. Während der drei Jahre, während welcher Zeit er dieses Alkaloid bereits angewandt hat, hat er guten Erfolg davon in vielen Fällen psychischer Erregung mit starker motorischer Unruhe gesehen. Insbesondere werden als günstig beeinflusst die Erregungszustände der Folie circulaire und der allgemeinen Paralyse angeführt. Vortheilhaft erwies sich ferner die Anwendung beim acuten Delirium und bei der puerperalen Manie. Dagegen liess das Mittel bei hysterischer Geisteskrankheit häufig in Stich.

Bei Delirium tremens wirkte Hyoscin sehr prompt in subcutaner Anwendung. In einem Fall von disseminirter Sklerose sah man nach anhaltendem Gebrauch von Hyoscin Besserung des Intentionszitterns und des Tremors eintreten.

Das Alkaloid wurde in einer Lösung von 1: 400 gegeben, per os oder subcutan, und zwar in einer Dosis von $^1/_{800}$ — $^1/_{100}$ gran in vorsichtiger Steigerung bis zu $^1/_{50}$. Ascher.

---

160) **I. B. Mattison** (Brooklyn). Chloralismus.
(Notes on new remedies. Aug. 1891.)

Der Verfasser, welcher sich ganz speciell mit dem Studium der chronischen Morphin- und Chloralintoxicationen und was sich daran knüpft, befasst und eine grosse Anzahl lesenswerther Arbeiten auf diesen Gebieten publicirt hat, findet, dass die Fälle von chronischem Chloralmissbrauch in der Zunahme begriffen sind, und zwar theils die reinen Fälle, theils solche, bei denen eine Combination mit Morphinismus oder Alcoholismus besteht. — Eine für die chronische Chloralvergiftung besonders characteristische Erscheinung ist das Auftreten eigenthümlicher Gelenkschmerzen, die leicht mit Neuralgie oder Rheumatismus verwechselt werden können; doch halten sie sich einerseits nicht an den Verlauf der Nerven, andrerseits ist ihr Sitz nicht genau in den Gelenken, sie umschlingen vielmehr gewissermassen das Glied gerade über oder unter dem Gelenke, Druck und Bewegung sind nicht schmerzhaft; die gewöhnlichen Antineuralgica und Anti-

rheumatica erweisen sich als erfolglos. — Da ähnliche Schmerzen mitunter auch beim chronischen Chloroformmissbrauch auftreten, so hat Anstie in diesem Umstand einen weiteren Beweis dafür lesen wollen, dass das Chloral durch Abspaltung von Chloroform schlafmachend wirke. — Trotz seiner nachtheiligen Wirkungen, wenn im Uebermass und continuirlich fort genommen, muss aber dennoch dem Chloral die erste Rolle unter den Hypnoticis eingeräumt werden. Zwei der besten neueren Schlafmittel Somnal und Chloralamid verdanken ihre Wirksamkeit ihrem Gehalte an Chloralhydrat. Das letztgenannte sei vorzuziehen; es tritt schwerer Gewöhnung ein, die Folgeerscheinungen sind weniger unangenehm; 4—8 Gramm innerlich vor dem Schlafengehen. Obersteiner.

---

161) Dr. **A. Leone.** Le injezioni di morfina a dose elevate nelle malattie mentali.

(Rassegna clin. e statist. della villa di salute di Palermo 1891. Fasc. 3.)

Verf. schliesst aus seinen Erfahrungen, dass die hohen subcutanen Morphiumdosen besonders in den Angstzuständen sehr gute Dienste leisten und die Heilung der Melancholie begünstigen, indem es eine spezifische Wirkung auf die psychische Hyperaesthesie ausübe. Bei den constitutionellen Psychosen und den maniacalischen Formen sind die Erfolge dieser Therapie viel geringer und nur temporär. Dr. Feist.

---

162) **W. S. Watson.** Synopsis of opium inebriety — its effect: needed legislation; distinctive plans of treatment necessary for the successful cure.

(The journal of nervous and mental disease. June 1891)

Verf. schildert den Missbrauch von Opium und Morphium mit seinen Folgen für die Gesundheit der betreffenden Individuen. Er ruft die Staatshilfe gegen jene anscheinend in Amerika sehr zahlreichen Spekulanten an, die in den Zeitungen alle erdenklichen Mittel als absolut sichere Gegengifte anpreisen. Er redet einer langsamen Entziehungskur in einer sorgfältig geleiteten Privatanstalt das Wort. Wesshalb Verf. bei einer Entziehungskur nur Opium innerlich geben will, nie aber eine subcutane Injection machen will, ist nicht recht ersichtlich. Strauscheid.

---

163) **I. B. Mattison** (Brooklyn). The prevention of Morphinisme (die Verhütung des Morphinismus).

(Dietetic Gazette. September 1891.)

Der Verfasser plaidirt lebhaftest dafür, als Schmerz-stillendes, und auch als Schlaf-erzeugendes Mittel statt des Morphiums womöglich immer Codein anzuwenden. Eine Gewöhnung an das Codein scheint kaum vorzukommen. Desshalb ist auch ein constantes Steigen mit der Dosis nicht nothwendig. Innerlich wäre Codeinum sulfuricum, subcutan Codeinum phosphoricum anzuwenden, die Dosis ist bekanntlich etwa 3 Mal so hoch wie die des Morphins.

Obersteiner.

IV. Bibliographie.

164) Dr. med. **Otto Snell**, 1. Assistenzarzt der Kreisirrenanstalt zu München. Hexenprozesse und Geistesstörung. Psychiatrische Untersuchungen.
(München, Verl. von J. F. Lehmann, 1891. 130. S.)

Aus dem lesenswerthen, auf der Grundlage ausgedehnter Quellenstudien mit geistvoller Kritik abgefassten Werke sollen hier nur kurz die Resultate wiedergegeben werden, soweit sie ein specielles psychiatrisches Interesse darbieten.

Der Verf. weist mit überzeugender Gründlichkeit nach, dass die vielfach gehegte Annahme, die Opfer der Hexenprocesse seien durchweg oder doch zum grössten Theile Geisteskranke gewesen, eine unrichtige ist.

Wenn auch Fälle aufgezeichnet sind, in denen unzweifelhaft Melancholische sich freiwillig der Zauberei beschuldigten und gewöhnlich auch verurtheilt wurden, so ist die Zahl derselben doch eine verschwindend kleine. Es ist ferner wiederholt vorgekommen, dass Geisteskranke, namentlich Hallucinanten, welche durch ihre Krankheit zur Ausübung auffallender Thaten getrieben waren, wegen Teufelsbündnisses verfolgt wurden. Hierbei erinnert der Verf. an die auch heute noch keineswegs seltenen Verurtheilungen von Geisteskranken. Im Ganzen aber ist die Zahl derjenigen Zauberer und Hexen, bei welchen sich Geisteskrankheit nachweisen lässt, eine verhältnissmässig sehr geringe.

Dagegen waren Geisteskranke und Hysterische sehr häufig diejenigen, welche als „Besessene" andere Menschen in den Verdacht der Zauberei brachten und zu den Verfolgungen der Teufelsanbeter den Anstoss gaben. Die charakteristischen Krankheitserscheinungen der Hysterie fanden sich, wie der Verf. an einer Fülle von Beispielen zeigt, bei den „Besessenen" zumeist in deutlicher Ausprägung vor. Clemens Neisser (Leubus).

---

165) Dr. **Theodor Kirchhoff**, Arzt a. d. Irrenanstalt bei Schleswig und Privatdocent an der Universität Kiel. Lehrbuch der Psychiatrie für Studierende und Aerzte.
(Mit 11 Holzschnitten im Text und 16 Tafeln. Leipzig und Wien, Franz Deuticke 1892.)

Referent steht in wichtigen klinischen Fragen auf einem principiell von dem des Verf. abweichenden Standpunkte. Das hindert aber nicht anzuerkennen, dass das vorliegende neue Lehrbuch der Psychiatrie ausgezeichnete Vorzüge besitzt und als eine sehr werthvolle Bereicherung unserer didaktischen Hilfsmittel anzusehen ist. Klarheit der Sprache, Uebersichtlichkeit der Anordnung, musterhafte photographische Abbildungen und eine vornehme Ausstattung vereinigen sich, um den Erfolg des Werkes zu sichern.

An das Buch ist ein anderer Maassstab der Kritik anzulegen, wie etwa an die Werke eines Neumann, Griesinger, Arndt, Meynert oder auch Schüle. Diese und andere, namentlich ältere Forscher wurden durch die Eigenartigkeit ihrer wissenschaftlichen Anschauungen dazu geführt, dieselben

in einer Gesammtdarstellung niederzulegen. Kirchhoff dagegen ist, wie er in der Vorrede mittheilt, zu der Abfassung seines Lehrbuches in erster Linie durch eine Aufforderung des Verlegers bestimmt worden. Sein vornehmstes Ziel war nicht die Propagation eigener Anschauungen, sondern vielmehr der Lehrzweck, welchem er am besten gerecht zu werden hoffen durfte, wenn es ihm gelang, „den psychiatrischen Stoff nach Form und Inhalt möglichst einfach darzustellen." Der Verf. ist bescheiden genug, einleitend selbst hervorzuheben, dass er sich vielfach strikte an andere Autoren angelehnt hat. Doch erhebt sich sein Werk über eine blosse Compilation und erscheint durchweg von selbstständigem Urtheil getragen. Die nächste Fühlung hat der Standpunkt des Verfassers im Allgemeinen wie im Einzelnen wohl mit demjenigen von Kraepelin, mit welchem er auch die Schätzung für Wundt's Lehren über die Apperception theilt. Die Einführung des „psychologischen Kraftbegriffs" nach Wundt in die Psychiatrie, welche Verf. in seiner Habilitationsschrift über „die Localisation psychischer Störungen" (Kiel 1888) anzubahnen versucht hat, wird in dem vorliegenden Buche nicht weiter verfolgt, was demselben auch kaum zum Vortheil gereicht haben würde.

Es muss hier davon Abstand genommen werden, auf Einzelheiten einzugehen. Nur das sei hervorgehoben, dass der Physiognomik ein breiterer Raum eingeräumt ist, als es sonst, namentlich in neueren deutschen Werken üblich zu sein pflegt, und dass der Geschichte der Psychiatrie ein eigenes Capitel gewidmet ist, ein Gebiet, auf welchem der Autor bekanntlich selbstständige Studien gemacht hat.

Die Gliederung des Inhaltes ist im Wesentlichen die folgende:

Der Allgemeine Theil behandelt in 278 Seiten:

I. Die anatomischen Grundlagen und den Sitz der geistigen Störungen.
II. Die Ursachen geistiger Störungen.
III. Die Zeichen geistiger Störungen.
IV. Den Verlauf geistiger Störungen.
V. Die Untersuchung zur Erkenntniss geistiger Störungen und ihrer Grenzzustände.
VI. Die Behandlung geistiger Störungen.
VII. Geschichte der Psychiatrie.

Der besondere Theil umfasst in 256 Seiten:

I. Die Eintheilung in Formen geistiger Störungen.
II. Einfache geistige Störungen.
  A. Melancholie.
  B. Manie.
  C. Periodische Formen (period. Melancholie, period. Manie, circuläres Irresein).
  D. Paranoia:
    (1. Wahnsinn; 2. Verrücktheit; 3. Verwirrtheit, „secundäre Form auch aus Melancholie und Manie, Wahnsinn und Verrücktheit".)
III. Geistige Störungen verbunden mit dauernden anatomischen Veränderungen des Gehirns oder mit allgemeinen Erkrankungen:
  A. Dementia (Blödsinn),
    (Primäre Dementia, Secundäre Dementia).

B. Dementia senilis.
C. Dementia paralytica.
D. Sonstige Blödsinnsformen mit Lähmung,
(Lues cerebralis, diffuse Hirnsclerose, Gliose u. s. w., Herderkrankungen des Gehirns).
E. Seelenstörung mit Epilepsie.
F. Seelenstörung mit Hysterie.
G. Seelenstörungen mit Neurasthenie (chronische Formen, acute Formen).
H. Durch Vergiftungen bedingte psychische Störungen.
I. Schwachsinn (Imbecillität und Idiotie).

Clemens Neisser (Leubus).

---

166) Dr. **Specht** (Erlangen). Die Mystik im Irrsinn.
(Erwiderung an C. Du Prel. Wiesbaden, Bergmann 1891.)

Das vorliegende Buch giebt eine ausführliche Abfertigung eines Psychiatrie-verkündenden Metaphysikers.

Specht macht (cfr. Vorrede VI) einen beachtenswerthen Unterschied zwischen du Prels Weltanschauung, „die als erquicklicher Luftzug die materialistische Oede durchweht“, und seinen psychiatrischen Speculationen, welche er in den „Studien aus dem Gebiet der Geheimwissenschaften“ unter der obengenannten Ueberschrift vorgebracht hat. Vielleicht macht gerade der Umstand auf Du Prel Eindruck, dass er sich von dem Verfasser dieser scharfen Polemik in seinen Ideen sehr wohl verstanden sehen muss. Du Prel, der Vertreter des metaphysischen Individualismus hat wenig Hochachtung vor der gegenwärtigen Psychiatrie, welche vom „transcendentalen Subject“ nichts weiss. Dieses Verhältniss von Carl du Prel zur Psychiatrie ist typisch. Seitdem letztere sich ernsthaft bemüht, eine Erfahrungswissenschaft zu werden, wozu wir uns gerade in der Gegenwart das Handwerkszeug aus benachbarten schon länger cultivierten Gebieten holen, können metaphysik-lustige Philosophen wenig Gefallen mehr an ihr haben.

Wir sind allerdings nicht mehr ontologisch genug, um aus den beobachteten seelischen Erscheinungen eine Seelensubstanz zu construiren, welche unverletzbar in der metaphysischen Höhe schwebt, während ihr menschlicher Besitzer als geisteskrank erscheint.

Wir sind als praktische Psychiater nicht im stande, wenn wir vor einer Melancholischen stehen, uns zu sagen, das es dem transcendentalen Subject dieser Person vielleicht ganz gut geht, wenn auch „jenes Organ, auf welchem die sinnliche Erkenntnissweise beruht, das Gehirn“ erkrankt ist. Für uns existiert nur der uns gegenwärtige geistige Zustand, nicht das transcendentale Subject. Wir verstehen auch nicht du Prels Weisheit (cfr. Specht p. 75 und Mystik im Irresein von Du Prel p. 97), dass die „Narrheit“ eine Krankheit des sinnlichen Bewusstseins, des Hirnbewusstseins sei, „die aber das transcendentale Bewusstsein intact lässt, ja ihm sogar zum Durchbruch verhelfen kann“. Wir halten es ferner für ein kindliches Spielen mit Thatsachen, wenn jemand die intellektuellen und technischen Leistungen mancher Geisteskranken so auslegt, als ob sich jetzt die Integrität der geistigen Substanz im Irrsinn zeigte und als wenn im Irrsinn mit dem

transcendentalen Bewusstsein Fähigkeiten wach würden, welche früher sozusagen in den Winkeln des Gehirns versteckt lagen.

Spechts Abfertigung des Weltweisen, dessen transcendentales Subject ihm Erfahrungen über die Geisteskranken zugeführt hat, welche durch sein sinnliches Hirnbewusstsein bezw. durch äussere Erfahrung nicht vermittelt worden sind, ist durchaus lesenswerth. Besonders soll das Buch von Psychiatern an Nichtpsychiater empfohlen werden, welche für die philosophischen Romane über Psychiatrie nach dem Muster Du Prels stets sehr empfänglich gewesen sind und dessen Buch schon zur 3. Auflage verholfen haben.

Sommer (Würzburg).

---

167) Prof. Dr. **Theodor Meynert**, K. k. Hofrath. Sammlung von populärwissenschaftlichen Vorträgen über den Bau und die Leistungen des Gehirns. (Verlag von Wilhelm Braumüller, Wien und Leipzig 1892.)

Den speciellen Fachgenossen dürften die nunmehr gesammelt erschienenen Vorträge zum grossen Theil bereits bekannt sein. Es sind folgende:

„Die Bedeutung des Gehirns für das Vorstellungsleben" (1868). — „Zur Mechanik des Gehirnbaues" 1872). — „Ueber die Gefühle" (1880). — „Ueber den Wahn" (1885). — „Ueber die Bedeutung der Stirnentwicklung" (1886). — „Mechanik der Physiognomik" (1887). — „Gehirn und Gesittung" (1888). — „Das Zusammenwirken der Gehirntheile" (1890). — „Ueber künstliche Störungen des psychischen Gleichgewichtes" (1891).

Wie man sieht, stammen dieselben aus verschiedenen Zeiten und sie sind für sehr verschiedenartige Gelegenheiten geschaffen. Trotzdem stellen sie sich als einheitliches Ganzes dar. „Ihr Entstehen verdanken sie" — so sagt Meynert in seinem Geleitworte — „dem Zusammenfliessen des Interesses der Medicin mit dem menschlichen Allgemeininteresse für Enträthselung der geistigen Vorgänge." Den Ausgangspunkt und Endpunkt in der Behandlung aller Probleme bildet bei Meynert immer der Bau des Gehirns, wie er in durchsichtiger Klarheit dem genialen Autor vor Augen steht und welcher für ihn vermöge seines eigenartigen anatomischen Denkens eine volle Weltanschauung erschliesst.

Ausser den genannten Abhandlungen und ein wenig abseits vom Thema enthält das Bändchen noch Meynerts warmempfundene und gedankentiefe Nekrologe auf Rokitansky und Bamberger.

Clemens Neisser (Leubus).

V. Zur Tagesgeschichte.

Zur Feier des am 12. März stattfindenden 50jährigen Doctorjubiläums des Obermedicinalraths Prof. Dr. L. A. Buchner in München giebt die medicin. Fakultät der Universität München eine Festschrift heraus. Prof. Dr. Hubert Grashey, der Verfasser derselben, hat die hochinteressanten Resultate seiner mehrjährigen Forschungen darin niederlegt; die Arbeit ist betitelt: „Experimentelle Beiträge zur Lehre von der Blut-Circulation in der Schädel-Rückgratshöhle". Das in jeder Beziehung mustergiltig ausgestattete Werk ist im Verlage von J. F. Lehmann's medicin. Buchhandlung in München erschienen.

Dr. Moeli, dirigirender Arzt der Berliner Irren-Anstalt Dalldorf, ist zum ausserordentlichen Professor an der Universität Berlin ernannt und als Hilfsarbeiter in die wissenschaftliche Deputation für das Medicinalwesen berufen worden. —

Privatdocent Dr. E. E. Moravcsik wurde zum ausserordentlichen Professor an der Budapester Universitätsklinik ernannt. —

Aus Württemberg. — Dr. Kreuser, Secundärarzt in Winnenthal, ist — zunächst provisorisch — zum Director der Staatsirrenanstalt Schussenried bestellt worden. Der frühere Director dieser Anstalt, Medicinalrath Dr. Ast, hat seinen Wohnsitz in München genommen. —

Dr. Kurella in Kreuzburg O. S. ist an die Provinzial-Irren-Anstalt in Brieg bei Breslau versetzt worden. —

Dr. Sommer, Assistenzarzt an der psychiatrischen Klinik in Würzburg, wurde als Privatdocent in die medicinische Fakultät der Universität Würzburg aufgenommen. —

La session du Congrès international d'Anthropologie criminelle ayant pour objet l'étude de la criminalité chez l'homme dans ses rapports avec la biologie et la sociologie, se tiendra à Bruxelles du 7 au 14 août 1892, sous le haut patronage du Gouvernement Belge.

Inhalt des April-Hefts.

2. Therapie.

IV. Bibliographie.

V. Tagesgeschichte.

Druckfehler-Verzeichniss

betreffend den im Märzheft erschienenen Aufsatz „Zur Akinesia algera" von Dr. König.

Pag.	98	Zeile 14	von oben		Paraplegie für Peraplegie.
„	99	„ 14	„	„	Exantheme für Exanthenn.
„	104	„ 19	„	„	weil für wie.
„	106	„ 12	„	„	rechts für rechs.
„	110	„ 30	„	„	„beim Kauen" fällt aus.
„	110	„ 7	„	unten	aus statt und.

Buchdruckerei von Kindt & Meinardus, Coblenz.

CENTRALBLATT
für
Nervenheilkunde und Psychiatrie.
Internationale Monatsschrift
für die
gesammte Neurologie in Wissenschaft und Praxis mit besonderer Berücksichtigung der Degenerations-Anthropologie.

XV. Jahrgang, 1892 Mai. Neue Folge III. Band.

I. Originalien.

I.

Ueber die staatliche Beaufsichtigung der öffentlichen Irrenanstalten.

Von Dr. Ascher, Arzt in Berlin.

Die Irrenanstalten haben die Bestimmung, geisteskranken Menschen die nöthige Gelegenheit zur Pflege bez. Heilung zu gewähren. Sie sind demnach in erster Linie Krankenanstalten, welche indess ihres besonderen Zweckes wegen befugt sind, die Pfleglinge gegen ihren persönlichen Willen aufzunehmen und zu bewahren. Darüber zu wachen, dass die Anstalten diese Bestimmungen erfüllen und anderseits ihre Rechte nicht überschreiten, ist Sache des Staates. Dieser hat demgemäss die Aufsicht darüber zu führen, dass allen Anforderungen, welche von hygienischem und sanitätspolizeilichem Standpunkte an ein jedes Krankenhaus zu stellen sind, auch von den Irrenanstalten Genüge geleistet wird. Er hat ferner dafür Sorge zu tragen, dass die unfreiwillige Aufnahme nicht zu einer widerrechtlichen Freiheitsberaubung führt, woraus sich für ihn die Pflicht ergiebt, durch Bestimmungen sicherzustellen, dass nur solchen Personen die Aufnahme in eine Irrenanstalt zu Theil wird, welche derselben in Folge ihrer geistigen Störung bedürftig sind; endlich unterliegt es der staatlichen Aufsicht, dass die Massregeln, welche die Anstalten treffen müssen, um die Insassen festhalten zu können, mit den modernen humanitären Prinzipien in Einklang stehen, sowie dass diejenigen Personen, welche genesen sind oder der Anstaltsbehandlung nicht

mehr bedürfen, nicht gegen ihren eigenen Willen länger in der Anstalt zurückgehalten werden.

Wohl alle Staaten, welche auf der modernen Culturentwicklung aufgebaut sind, haben es sich angelegen sein lassen, nach den angegebenen Richtungen hin ihre Fürsorge den Irrenanstalten zuzuwenden. Auch die preussische Regierung hat zu keiner Zeit unterlassen, ihr Interesse für die Irrenanstalten zu bethätigen, wenn auch eine einheitliche Regelung der Materie noch nicht stattgefunden hat. Vielmehr giebt es in Preussen eine Menge Erlasse, Verordnungen, Verfügungen etc., welche das Aufsichtsrecht der Regierung über die Anstalten zu regeln bestimmt sind, eine Berechtigung und Verpflichtung, welche dem Staate gemäss dem Allg. Landrecht, Abth. II, Titel 19, § 3. und 39 obliegt.

Es bedarf keiner näheren Auseinandersetzung, dass das Aufsichtsrecht in verschiedener Weise gehandhabt werden muss, je nachdem die Anstalten den Behörden des Staates und der Selbstverwaltung oder Privatpersonen und diesen gleichzustellenden Congregationen, Orden, etc. unterstehen. Je nach diesen Besitzverhältnissen werden öffentliche und Privatanstalten unterschieden. Die Ministerialverfügung vom 20. Juni 1859, die im Gegensatz zu den öffentlichen und ständischen unter Privatanstalten nicht allein diejenigen verstand, welche Unternehmungen eines Privatmannes sind, sondern auch solche, zu deren Einrichtung und Verwaltung Communen, Kreise, Associationen und milde Stiftungen die Concession erhalten haben, hat zwar den Unterschied in anderer Weise statuirt, indess glaube ich aus neueren Verordnungen schliessen zu sollen, dass auch die Communalanstalten zu den öffentlichen zu rechnen sind. Manche Autoren, z. B. Schmitz, (die Privatirrenstalt u. s. w. pg. 8) erkennen allerdings die genannte Verfügung noch als zu Recht bestehend an, so dass dieser die Anstalten der grösseren Städte wie z. B. die Berliner Irrenanstalt zu Dalldorf, zu den Privatanstalten zählt.

Nach der hier aufgestellten Eintheilung habe ich demnach zu den öffentlichen Irrenanstalten in Preussen zu rechnen:

1. die staatlichen Institute: Die neue Charité zu Berlin, die psychiatrische Klinik zu Halle;
2. die Provinzial- und Communalanstalten.

Die ersteren stehen in directem Ressortverhältnisse zum Ministerium der Medicinalangelegenheiten, so dass hier also von einer besonderen staatlichen Beaufsichtigung nicht die Rede sein kann.

Die Communal- und Provinzialanstalten zeugen zwar von dem grossen Interesse, welches die Selbstverwaltungsorgane für diese leitet; die staatliche Mitwirkung indess tritt hier auf ein sehr bescheidenes Maass zurück.

Was die Provinzialanstalten betrifft, so giebt die Provinzialordnung vom 24. Juni 1875 mit dem Abänderungsgesetz vom 22. März 1881 über das Verhältniss der Verwaltung und die Einwirkung des Staates folgende Auskunft: Der Provinzialausschuss verwaltet die Angelegenheiten des Provinzialverbandes, zu welchen auch die Fürsorge für die Geisteskranken der Provinz gehört. Er hat die Beschlüsse des Provinzallandtags vorzubereiten, demgemäss auch Anträge auf etwa nothwendig werdende Erweiterung bestehender Irrenanstalten oder auf die Errichtung neuer zu stellen. Zu

beschliessen über diese Angelegenheit hat der Provinziallandtag, dessen Sitzungen der Oberpräsident als Königlicher Commissar mit berathender Stimme beizuwohnen befugt ist. Den Beschlüssen der Versammlung kann der Oberpräsident seine Genehmigung versagen.

Ferner ist die Staatsregierung durch den § 120 der Provinzialordnung ein Einfluss auf die vom Provinziallandtag gemäss § 8 Nr. 7, § 35 und § 95 der Provinzial-Ordnung zu beschliessenden Reglements der Irrenanstalten gewahrt. Es bedürfen danach dieselben der Genehmigung der zuständigen Minister, indess nur insoweit, als sich die Bestimmungen auf Aufnahme, Behandlung und Entlassung der Kranken beziehen.

Durch diese Bestimmungen — gelegentliches Einsprucherheben des Oberpräsidenten, Billigung der Statuten durch die Minister — hat aber der Staat noch nicht die Garantie, dass die bestehenden sowie die neu errichteten Anstalten den an sie zu stellenden Forderungen genügen.

Diese soll erhalten werden durch regelmässige Visitationen, welche nach der für die Geschäftsführung der Regierungen gegebenen Instruction vom 23. October 1817, dem jeder Regierung beigegebenen Medicinalrath obliegen, welcher von Zeit zu Zeit die wichtigeren Medicinalanstalten zu revidiren hat. Anzunehmen ist, dass er diese Revision indess nur auf Anweisung des Oberpräsidenten bez. der zuständigen Minister vornehmen kann, da ja nur diesen die Aufsicht über die Provinzialverbände obliegt.

Zu den öffentlichen Irrenanstalten gehören ferner die Communalirrenanstalten, welche nur in wenigen Städten der preussischen Monarchie bestehen, in Berlin, Frankfurt a. M., Köln, Aachen u. a.

Nach dem Titel V § 56 der Städteordnung hat der Magistrat diejenigen städtischen Gemeindeanstalten, für welche besondere Verwaltungen eingesetzt sind, zu beaufsichtigen; die § 76 und 78 im Titel X wahren dem Staate wieder das Aufsichtsrecht über die Verwaltung der städtischen Gemeindeangelegenheiten. Besondere Bestimmungen, welche die Irrenanstalten betreffen, sind nicht vorhanden, so dass sich die staatliche Fürsorge wahrscheinlich in dieser Hinsicht bei den städtischen Anstalten noch mehr beschränkt als bei den Provinzialanstalten.

In Bezug auf die Revisionen der städtischen Irrenanstalten besteht einmal die Bestimmung, wie für die Provinzialanstalten, dass nämlich der der Regierung beigegebene Medicinalrath dieselben, — zu den wichtigeren Medicinalanstalten sind sie ohne Zweifel zu rechnen — zu revidiren hat; alsdann hat noch die Circularverfügung vom 11. April 1866 behufs Erzielung einer Verbesserung der Einrichtung und Verwaltung der Communalkrankenanstalten eine geregelte Beaufsichtigung derselben durch den Kreisphysikus eingeführt. Zwar ist beim Erlass dieser Verfügung nicht den Bedürfnissen einer Irrenanstalt Rechnung getragen, wie das beigegebene Regulativ für die besonders zu prüfenden Punkte beweist, indess kann kein Zweifel erhoben werden, dass auf Grund dieser Bestimmung der zuständige Kreisphysikus berechtigt und verpflichtet ist die Irrenanstalten der Städte regelmässigen Revisionen zu unterziehen. Auf die in verschiedenen Regierungsbezirken wechselnde Auslegung der beiden concurrirenden Bestimmungen, ob nun der Medicinalrath oder Physikus oder beide die Anstalten zu revidiren haben, soll hier nicht weiter eingegangen werden, doch deutet dieser Punkt darauf

hin, wie wenig die zur Zeit bestehenden Vorschriften über die staatliche Beaufsichtigung der öffentlichen Irrenanstalten überhaupt genügen.

Mehr Aufmerksamkeit ist von der Regierung stets dem Aufnahmeverfahren zugewendet worden, indem hier das Pflichtgefühl und der Trieb bestand, die Freiheit der Bürger in weitestem Sinne zu schützen.

Abgesehen von einer Circularverfügung der Kurmärkischen Kriegs- und Domainenkammer vom 14. April 1773, nach welcher die Aufnahme in ein Berliner Irrenhaus nicht ohne ärztliches Attest stattfinden kann, ist der erste diesbezügliche Erlass das Reskript des Staatsraths vom 29. September 1803. Es ist besonders von der Rücksichtnahme auf das Publikum dictirt, das gegen einen wahnsinnigen oder blödsinnigen Menschen zu schützen ist. Dafür hat die Ortspolizeibehörde Vorkehrungen zu treffen und diese hat, so heisst es weiter in dem Reskript, der Kammer der Provinz Mittheilung zu machen, welche ihrerseits nach Prüfung der Sachlage zwecks Einleitung der Wahn- und Blödsinnserklärung das Landes-Justiz-Collegium der Provinz benachrichtigt. Zwar soll vor dieser Erklärung eine Aufnahme in die Irrenanstalt nicht stattfinden, doch kann unter Umständen das die Untersuchung führende Gericht die einstweilige Aufnahme in ein Irrenhaus verfügen, wenn der Kranke auch nur durch einen Arzt für wahn- oder blödsinnig erklärt ist.

Die Ausnahme, welche der Schlusspassus dieses Rescripts zuliess, fand offenbar häufiger Anwendung als vorauszusehen war, so dass eine Allerhöchste Ordre vom 5. April 1804 erlassen wurde, welche wenigstens für die Charité ausdrücklich die provisorische Aufnahme der noch nicht gerichtlich dafür erklärten Geisteskranken zuliess, aber verlangte, dass sogleich nach der Aufnahme an das competente Gericht Anzeige gemacht werde, damit nicht ein Kranker ohne gerichtliche Erklärung in der Anstalt verbleibe.

Durch eine Verfügung des Ministers des Innern vom 11. December 1816 wird in weiterer Entwicklung des im Staatsrescript ausgesprochenen Gedankens bestimmt, dass die Aufnahme eines Geisteskranken in die Charité nur auf Requisition der Gerichte und der vormundschaftlichen Collegien oder des Polizeipräsidiums erfolgen könne. Die Aufnahme auf Privatrequisition, selbst des Vaters und des Ehemanns wird für vollkommen unstatthaft erklärt. Zugleich wird nochmals auf die Anzeigepflicht beim competenten Gericht hingewiesen, damit, wie auch durch das Circularrescript des Königlichen Justizministeriums vom 25. November 1825 und durch das Rescript des Herrn Justizministers vom 4. September 1826 an das Königliche Stadtgericht zu Berlin besonders betont wird, in jedem Falle die gerichtliche Untersuchung des Gemüthszustandes eingeleitet wird. Durch das Rescript werden zugleich die ursprünglich nur für die Charité geltenden Bestimmungen der Allerhöchsten Ordre vom 5. April 1804 und der Verfügung vom 11. December 1816 auf die Irrenanstalten der ganzen Monarchie übertragen.

Mit den Fortschritten der psychiatrischen Wissenschaft trat in diesen strengen Bestimmungen insofern eine mildere Anschauung ein, dass nämlich zufolge des Circularrescripts der Königlichen Ministerien der geistlichen, Unterrichts- und Medicinalangelegenheiten sowie des Innern und der Polizei vom 16. Februar 1839 die Gemüthsuntersuchung so lange hinausgeschoben werden konnte, bis nach ärztlichem Zeugnisse der Zustand der Kranken für unheilbar erklärt wäre. Die Berechtigung der Requisition zur Aufnahme

bleibt aber auf die Polizei- und Gerichtsbehörden beschränkt. Die Motive zum ersten Theil dieses Rescripts sind in einem Rescript des Justizministeriums vom 3. Februar 1840 an das Vormundschaftsgericht zu N. entwickelt: „Es hat nur durch angemessene Aussetzung des Verfahrens den Nachtheilen vorgebeugt werden sollen, welche die Untersuchung des Seelenzustandes bei der Aussicht auf eine baldige Wiederherstellung sowohl in Bezug auf die Heilung als auf die sonstigen Verhältnisse für den Geisteskranken haben kann."

Die Bestimmungen in Bezug auf die Aufnahmerequisition bestehen mit der Einschränkung, welche durch die Ministerialverfügung vom 25. April 1872 gegeben wurde, noch zu Recht. Durch die letztere wurde gestattet, dass in besondern Fällen, in welchen zur Verhütung gemeiner Gefahr die amtliche Requisition nicht hat abgewartet werden können, von derselben Abstand genommen werden darf; die Anzeige über die Aufnahme, welche stets nur auf Grund zuverlässiger ärztlicher Atteste erfolgen darf, muss aber sofort dem betreffenden Gericht und der Polizeibehörde gemacht werden. Durch die Allerhöchste Ordre vom 8. März 1873 wird zur Begründung des Antrags auf ausnahmsweise Unterbringung in eine Irrenanstalt vor dessen gerichtlicher Interdiction das Attest eines Arztes für genügend erklärt.

Die Pflicht der Anstalten, über die erfolgte Aufnahme Anzeige zu machen, ist gleichfalls bis zur Gegenwart aufrecht erhalten; nur eine Aenderung ist in Folge der Einführung der neuen deutschen Gerichtsordnung eingetreten, indem die Anzeige laut Verfügung des Ministers des Innern und des Ministers der geistlichen, etc. Angelegenheiten vom 24. September 1880 nicht mehr an die Gerichte, sondern an die Staatsanwaltschaft zu geschehen hat.

Will man nach diesen allgemeinen Bestimmungen nun beurtheilen, wie sich das Aufnahmeverfahren eines muthmasslich Geisteskranken in eine öffentliche Irrenanstalt im speciellen Falle gestaltet, so ist zunächst zu unterscheiden, ob Gemeingefährlichkeit vorliegt oder nicht, dann ob Heilbarkeit constatirt wird oder nicht; aus den herangezogenen Gesetzen sind danach folgende Schlüsse zu ziehen:

1. Gemeingefährliche, heilbare oder unheilbare Geisteskranke können in Folge Privatrequisition auf Grund des Attestes eines Arztes aufgenommen werden; bei den muthmasslich heilbaren kann die gerichtliche Blödsinnigkeitserklärung einstweilen unterbleiben, bei den unheilbaren muss sie statthaben.
2. Nicht gemeingefährliche Geisteskranke dürfen nur auf Requisition der Polizei oder Gerichtsbehörden aufgenommen werden. Ob die gerichtliche Interdiction statthaben muss, richtet sich auch hier nach der Heilbarkeit des Zustandes.

Wird nun in der Praxis nach diesen aus den Gesetzen abstrahirten Bestimmungen verfahren?

Nach Jastrowitz (Der gegenwärtige Standpunkt der staatlichen Aufsicht etc. Viertelj. f. ger. Med. Bd. 26 S. 96) ist diese Frage zu verneinen. „Die Kranken werden aufgenommen gleichviel ob die Polizei oder die Verwandten sie einliefern, sie mögen in den ärztlichen Attesten für gemeingefährlich angegeben werden oder nicht." Allerdings reservirt sich J. mit dieser Aeusserung auf die öffentlichen Irrenanstalten Berlins, er glaubte aber, dass auch anderwärts so verfahren werde.

In Bezug auf die Königliche Charitè, wo der genannte Autor als Arzt an der Irrenabtheilung wirkte, treffen diese Auslassungen sicherlich zu; es werden also die von der Staatsregierung für die Aufnahme geisteskranker Personen in eine Irrenanstalt aufgestellten Grundsätze, nicht einmal von einem der Regierung direct unterstehenden Institute innegehalten.

Um zu untersuchen, wie die fragliche Materie in den Provinzialanstalten gehandhabt wird, möge hier etwas ausführlicher auf das dem Verf. zu Gebote stehende Reglement der Landesirrenanstalten der Provinz Brandenburg eingegangen werden, welches gemäss § 120 der Prov. - Ordnung vom 29. Juni 1875 unter dem 16. Juni 1879 von den betreffenden Ministern genehmigt worden ist.

Zwecks Aufnahme eines Kranken in eine Irrenanstalt der Provinz Brandenburg hat der gesetzliche Vertreter (Vater, Ehemann, Vormund, Pfleger) eine dem entsprechende Erklärung der Ortspolizeibehörde zu Protokoll zu geben. Ist ein gesetzlicher Vertreter nicht vorhanden, so bedarf es einer Bescheinigung der Ortspolizeibehörde darüber und der Genehmigung der nächsten Verwandten bez. der Ehefrau. Falls eine Erklärung von dem gesetzlichen Vertreter und von den Verwandten nicht zu erlangen ist, oder sogar von diesen der Aufnahme widersprochen wird, ist ferner eine ortspolizeiliche Bescheinigung nothwendig, dass für den Kranken ausserhalb der Anstalt nicht hinreichend gesorgt werden kann.

Dem Aufnahmeantrag, der also von der Ortspolizeibehörde oder durch Vermittlung derselben gestellt wird, ist

1. ein an Eidesstatt abgegebenes Zeugniss eines approbirten Arztes über Vorhandensein und Natur der Krankheit beizufügen,
2. eine von der Ortspolizeibehörde zu ertheilende Bescheinigung über die persönlichen und Vermögensverhältnisse des Kranken und
3. Erklärungen betreffs der Zahlungen, sei es durch den gesetzlichen Vertreter oder einen Dritten oder durch den Ortsarmenverband beizufügen.

Der Aufnahmeantrag ist alsdann mit den begleitenden Papieren dem Landesdirector zuzusenden, welcher den Leiter eines der Landesirrenanstalten anzuhören und zu entscheiden hat; im Wege der Beschwerde entscheidet endgültig der Provinzialausschuss. Binnen 3 Wochen nach dem Entscheide ist der Kranke der betreffenden Anstalt zuzuführen unter Mitgabe eines von der Polizeibehörde auszustellenden Geleitscheins, aus welchem sich Namen und Wohnort des Kranken und seiner Begleiter ergeben.

Zu diesem umständlichen Verfahren gewährt § 16 des Reglements eine Ausnahme. Dieser gesteht nämlich dem Anstaltsdirector zu, heilbare Geisteskranke, sowie auch gefährliche unheilbare Geisteskranke allein auf Grund eines ärztlichen Attestes in dringlichen Fällen aufzunehmen, während der Landesdirector die vorläufige Aufnahme in dringlichen Fällen sogar ohne Rücksicht auf Gemeingefährlichkeit und Heilbarkeit auf Grund eines ärztlichen Attestes zulassen kann, wenn nur die Kosten der Pflege und der Zurückführung des Kranken ausreichend sicher gestellt sind. Bei Innehaltung aller Formalien aber vergehen gewöhnlich mindestens 3 Wochen bis zum endgiltigen Bescheid.

Indess entspricht das Reglement dem von der Staatsregierung eingenommenen Standpunkte. Die Polizeibehörde hat den Aufnahmeantrag zu stellen, bez. ist ihre Vermittelung anzurufen, eine Bestimmung, welche durch Circularrescript vom 16. Februar 1839 fixirt ist; dabei ist die Möglichkeit offen gelassen, in dringlichen Fällen ohne Mitwirkung der Behörden die Aufnahme zu erlangen, was wieder im Sinne der Ministerialverfügung vom 25. April 1872 liegt.

In der letztgenannten Verfügung wird auch die sofortige Anzeige an mehrere Behörden verlangt. Auch dieser Bestimmung kommt das Reglement für die Landesirrenanstalten der Provinz Brandenburg nach. Nach dem § 17 hat der Landesdirector von jeder Aufnahme dem Vormundschaftsgericht und, falls die Entmündigung noch nicht ausgesprochen ist, der zur Wahrnehmung des öffentlichen Interesses bei Entmündigung berufenen Behörde Anzeige zu machen. Nach § 595 der Civilprozessordnung für das deutsche Reich vom 30. Januar 1877, VI. Buch, II. Abschnitt ist unter dieser Behörde die Staatanwaltschaft zu verstehen. Ein Ausfluss dieses Gesetzes ist die schon erwähnte Verfügung vom 24. September 1880 betreffend die Anzeige an den Staatsanwalt.

Bestimmungen, ob und wann die Entmündigung der Kranken einzutreten hat, sind mit Recht in dem Reglement nicht enthalten. Da es dem Ermessen der Staatsanwaltschaft überlassen ist, diese, sobald sie will, zu beantragen, so genügt es, dass diese Behörde Kenntniss von der Geisteskrankheit des betreffenden hat und sich gemäss § 23 des Reglements jederzeit über den Zustand des Kranken informiren kann. Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass es der Prüfung dieser Behörde unterliegt, ob nicht durch die Ordre vom 5. April 1804 sowie durch die späteren Ministerialrescripte vom 25. November 1825 und 4. September 1826 ein Zwang auf sie zur Einleitung des Entmündigungsverfahrens ausgeübt wird.

Indess ist durch § 23 des Anstaltsstatuts Vorsorge getroffen, dass die Person und das Vermögen des Kranken keine Beeinträchtigung erfahre, indem erforderlichenfalls der Anstaltsvorsteher beim zuständigen Vormundschaftsgericht dieserhalb Anträge zu stellen hat.

Ueber die Behandlung der Kranken sind in dem vorliegenden Statut nur einige allgemeine Bedingungen aufgestellt, indem nähere Anweisungen durch die Hausordnung der Anstalt und die Dienstanweisung der Beamten getroffen sind.

Es erübrigt noch als letzten wichtigen Punkt, in Betreff dessen sich die Regierung durch die Prov. - Ordnung eine besondere Mitwirkung vorbehalten hat, nämlich auf die Bestimmungen über die Entlassung der Kranken, soweit das Anstaltsreglement darüber handelt, einzugehen.

Eine allgemeingiltige Anordnung darüber ist nur in dem Erlass vom 5. April 1804 zu erblicken, nach welchem ein Gemüthskranker, der nicht gerichtlich dafür erklärt ist, unter keinem Vorwand in der Anstalt behalten werden darf. Da nun die Staatsanwaltschaft die Praxis beliebt, die Entmündigung nur einzuleiten, wenn sie es aus besonderen Gründen für geboten erachtet, so kann der in jener Cabinetsordre gegebenen Bestimmung nicht mehr Folge geleistet werden. Nach dem in Rede stehenden Anstaltsreglement tritt die Entlassung, wie es selbstverständlich ist, unverzüglich

ein, sobald der Antrag auf Entmündigung endgültig abgelehnt ist resp. die eingetretene Entmündigung rechtskräftig wieder aufgehoben ist; sie hat ferner statt, sobald der Kranke genesen ist oder der gesetzliche Vertreter unter Zustimmung der Ortspolizeibehörde, welche sich vorher Kenntniss über den Zustand des Kranken verschafft hat, die Entlassung verlangt. Dass endlich Entlassungen im Verwaltungsinteresse sowie zeitweilige Beurlaubungen im eigenen Interesse des Patienten statthaft sein müssen, liegt auf der Hand. Ueber die erfolgte Entlassung sind wieder das Vormundschaftsgericht, event. auch die Staatsanwaltschaft sowie die Ortspolizeibehörde zu benachrichtigen.

Nachdem ausführlich besprochen ist, wie das Statut der Provinzialirrenanstalten — es wurde das der Provinz Brandenburg gewählt — den von der Staatsregierung aufgestellten Prinzipien entspricht, sei es gestattet zu gleichem Zwecke die diesbezüglichen Bestimmungen einer städtischen Irrenanstalt und zwar der Berliner zu Dalldorf in Betracht zu ziehen, wo Verf. in längerer Anstaltsthätigkeit genügend Gelegenheit hatte, auch über die Handhabung der Bestimmungen Erfahrungen zu sammeln.

Der Dalldorfer Anstalt gehen die meisten Kranken aus der Charité zu, nachdem die Aerzte der dortigen Beobachtungsstation die Unheilbarkeit derselben ausgesprochen haben. In der Charité aber sollten alle Geisteskranke auf polizeiliche Requisition aufgenommen werden, wenn die Geistesstörung durch Attest zweier Aerzte oder eines Physikus bescheinigt ist. (§ 1 des Dalldorfer Reglements für die Aufnahme etc.) Es wurde schon oben darauf hingewiesen, dass diese Bestimmung in der That keineswegs innegehalten wird.

Doch abgesehen von der Aufnahme aus der Charité, ein Verfahren, das sonst mit den wiederholt ausgesprochenen Prinzipien der Staatsregierung — die Aufnahmerequisition ist Sache der Polizeibehörde — in ideeller Uebereinstimmung steht, können auch direct unter Beibringung eines ärztlichen Attestes in die Dalldorfer Anstalt Geisteskranke und Epileptische durch Ueberweisung der Armendirection und deren Organe aufgenommen werden, sobald die Vornahme eines Heilverfahrens mit diesen Kranken nicht mehr erforderlich erachtet wird und deren Pflege in häuslichen und Privatverhältnissen unausführbar ist; auch ist ferner die directe Aufnahme Geisteskranker aus den städtischen Siechen- und Altersversorgungshäusern vorgesehen, immer, heisst es in der Einleitung des betreffenden Paragraphen, unter Beobachtung der bestehenden gesetzlichen Vorschriften. Diese aber wollen vor allem, wie dargelegt wurde, die Mitwirkung der gerichtlichen oder polizeilichen Behörden. Eine Hinzuziehung derselben findet indess in den genannten Fällen nie statt.

Da nun bei der Aufnahme in die Dalldorfer Anstalt die Mitwirkung der Polizei nur in einer gewissen Anzahl von Fällen erfolgt, so hätte nach der Ministerialverfügung vom 25. April 1872 die Anzeige der erfolgten Aufnahme an die Polizei- und Gerichtsbehörden zu geschehen. Dem ist auch durch das in Rede stehende Statut Rechnung getragen, indem der Director danach dem zuständigen Vormundschaftsgericht und falls die Entmündigung noch nicht eingetreten ist, dem zuständigen Staatsanwalt Mittheilung zu machen hat.

In Bezug auf das Entmündigungsverfahren und die Entlassung ist hier nichts hinzufügen (auf ersteres hat die Anstalt nur einen sehr geringen Einfluss), da die Bestimmungen im Dalldorfer Reglement conform den für die Brandenburgischen Provinzialanstalten geltenden lauten.

Die Besprechung über die Bestimmungen, welche die staatliche Controle der Privatirrenanstalten regeln, soll in einem zweiten Aufsatz erfolgen.

II.

Paralysis spinalis syphilitica. (Erb)

Von Dr. Muchin, Privatdocent der Nervenkrankheiten in Charkow.
Aus der Poliklinik von Prof. P. Kowalewskij in Charkow.

In einer vor Kurzem erschienenen Mittheilung („Ueber syphilitische Spinalparalyse". Neurol. Centralblatt, 1892, Nr. 6) hebt Herr Professor Erb gewisse Fälle von syphilitischer Erkrankung des Rückenmarks hervor, welche ihrem klinischen Bilde nach der Myelitis transversa am nächsten stehen, aber gewisse typische Eigenthümlichkeiten besitzen. Auf Grund dieser genau beschriebenen Eigenthümlichkeiten will Prof. Erb solche Fälle in eine besondere Gruppe unter dem Namen „Syphilitische Spinalparalyse" zusammenfassen, indem er weiteren Forschungen die Entscheidung überlässt, ob diese Gruppe sich in der Nosologie als lebensfähig erweisen wird oder nicht

In den letzten zwei Jahren habe ich in der Poliklinik von Prof. P. Kowalewskij mehrere Fälle von Rückenmarkserkrankung gesammelt, die ihrem Symptomenbilde nach in den Rahmen der gemeingültigen Klassifikation nicht genau passten, aber untereinander sehr ähnlich, fast identisch waren. Nachdem ich jetzt die erwähnte Mittheilung gelesen habe, sehe ich, dass diese meine Fälle denjenigen, welche Herr Professor Erb in eine besondere Gruppe unterzubringen vorschlägt, sehr ähnlich sind. — Wenn ich nun auch mit Erb's Ausführungen und Vorschlägen im Princip einverstanden bin und diesen Versuch einer Specialisirung von Krankheitsbildern mit Freuden begrüsse, so muss ich doch sagen, dass unsere Beobachtungen mit den dort mitgetheilten in einigen, wenn auch unbedeutenden Punkten nicht übereinstimmen.

Herr Prof. E. stellte fest, dass Paralysis spinalis syphilitica zu den ziemlich seltenen Formen der Spinalerkrankung gehört. In den letzten 10 Jahren hat er ca. 400 Tabesfälle und nur 30—35 Fälle von Paralysis spinalis syphilitica gesehen, wonach die gewöhnliche Tabes dorsalis vielleicht 10 Mal häufiger als diese syphilitische Form der Spinalerkrankung sein würde. Da ich Erbs Ansicht über die Aetiologie der Tabes sehr gut kenne, so wundere ich mich um so mehr über die Zahlen, welche ich bei der Analyse der von mir geschriebenen Krankheitsgeschichten erhalten habe. Ich kann im Ganzen nicht so grosse Zahlen wie Herr Prof. Erb bieten, trotzdem erscheint es mir bemerkenswerth, dass das Verhältniss meiner

Zahlen sich sehr von dem seinigen unterscheidet. In den letzten zwei Jahren habe ich nur 26 Fälle von Tabes dorsalis, aber in der gleichen Zeit 28 Fälle von Paralysis spinalis syphilitica gesehen. Die Mehrzahl dieser Fälle, namentlich 23 Fälle von Tabes und 26 Fälle von Paralysis spinalis syphilitica habe ich in Piatigorsk (Kaukasus) beobachtet, wo wir fast ausschliesslich syphilitische Erkrankungen zu behandeln hatten. Dabei muss ich bemerken, dass ich unter die erwähnten Fälle von syphilitischer Spinalparalyse nur die genauer aufgeschriebenen von meinen Fällen aufgenommen habe. Es zeigte sich, dass in Piatigorsk die Fälle von Paralysis spinalis syphilitica unseren Beobachtungen nach keineswegs 10 Mal seltener als die Tabesfälle sind, dass im Gegentheil die Anzahl dieser Fälle hier ein wenig grösser als die der Tabesfälle ist.

Der andere Punkt, in welchem eine Verschiedenheit zwischen unseren Beobachtungen und den von Prof. Erb gemachten festzustellen ist, betrifft die Betheiligung der Pupillen bei der uns beschäftigenden Krankheitsform. Prof. Erb giebt sein Urtheil dahin ab, dass in uncomplicirten Fällen von Paralysis spinalis syphilitica die Pupillen-Verhältnisse ungestört bleiben.

Nach unseren Beobachtungen gehören aber die Functionsstörungen der Iris zu den nicht seltenen Symptomen dieser Krankheitsform und treten bald in der Form der Verengung oder der Ungleichheit der Pupillen, bald in der Form der Schwäche oder des völligen Verschwindens ihrer Lichtreaction auf. Zur Bestätigung meiner Worte berufe ich mich auf den 2., 7. und 8. der unten angeführten Fälle.

Endlich erlaube ich mir zu sagen, dass es mir a priori wenig begründet scheint, die genannte Krankheitsform ausschliesslich der Syphilis zuzuschreiben. Ich möchte die Frage stellen, ob diese Krankheitsform bei Syphilis allein, oder vielleicht bei allen chronischen Intoxicationen vorkommen kann.

Der Zweck dieser Mittheilung ist, einige Fälle von Paralysis spinalis syphilitica eigener Beobachtung beizubringen und dadurch meinen Theil zu der Sammlung des wahrscheinlich reichlichen Materials dieser interessanten Krankheitsform beizutragen.

Zu meinen Bedauern muss ich eingestehen, dass ich eine ganz genaue klinische Beschreibung dieser Fälle nicht liefern kann, da einige Data, wie die Ergebnisse der genauen Untersuchung der Sensibilität, der electrischen Erregbarkeit etc. leider fehlen.

---

1. Alexey G., 40 Jahre alt, Buchbinder aus Petersburg, verheirathet aber kinderlos, stellte sich am 31. Mai 1891 bei Prof. P. Kowalewskij zu Piatigorsk wegen Erschwerung des Gehens, Incontinentia urinae und leichten Rückenschmerzen vor. Die Anamnese ergab folgendes: Der Vater des Pat. trank sehr stark und ist 53 Jahre alt plötzlich gestorben; seine Mutter ist 32 Jahre alt auch plötzlich gestorben. Pat. selbst erlitt 10 Jahre alt einen Sonnenstich, litt seit dem 12. Jahre oft an Kopfschmerzen. Seit dem 19. Jahre fing er an sexuellen Verkehr zu treiben und hatte schon im 32 Jahre schwache sexuelle Potenz. Im Jahre 1886 hatte er ein Ulcus induratum am Penis mit nachfolgenden Bubones indolentes, specifischer Erkrankung der Haut und der Rachenschleimhaut gehabt. Im Jahre 1888

begann er an starken und hartnäckigen Kopfschmerzen zu leiden und am Schlusse des Jahres erlitt er 2 apoplectiforme Anfälle (Schwindel, leichte Ohnmacht, nach dem zweiten Anfalle eine Stunde lang Sprachstörung). Im Januar 1889 ein dritter ähnlicher Anfall mit nachfolgendem ca. einen Monat dauerndem Irrreden, Fieber und Bewusstlosigkeit.

Nach einer ziemlich energischen antiluetischen Behandlung besserte sich die Gesundheit des Pat. Schon im Anfange des Jahres 1888 erschien Hartleibigkeit, Blasenschwäche und die sexuelle Potenz wurde noch schwächer als früher. Die willkürliche Urinentleerung war sehr gehindert, der Urinstrom ging langsam und unterbrochen, nicht selten aber geschahen unfreiwillige Entleerungen. Nach und nach bemerkte der Kranke, dass seine Beine ihm nicht gänzlich gehorchten, als ob sie schwerer würden. Im Jahre 1890 hatte er eine Kur in Piatigorsk gebraucht, wo er ca. 40 Einreibungen mit unguent. cinereum und ca. 80 Schwefelbäder gebrauchte. Am Ende des Sommers fühlte er sich jedoch schlechter und stellte sich zum ersten Mal bei Prof. P. Kowalewskij vor, der bei dem Pat. ausgesprochenen spastischen Gang, geringe Muskelspannungen in den unteren Extremitäten, hochgradige Steigerung der Sehnenreflexe, ungestörte Hautempfindlichkeit, Hartleibigkeit und Blasenschwäche fand. Im Mai 1890 stellte er sich, wie gesagt, zum zweiten Male in Piatigorsk vor.

Pat. ist von festem Bau, gut entwickeltem Fettpolster und Muskulatur, Haut und Schleimhäute sind blass. Die Organe der Brusthöhle ohne Abnormität, in Bezug auf den Darmkanal ist nur ein geringer Meteorismus zu bemerken.

Die Muskeln der oberen Extremitäten sind normal, der unteren sichtbar gespannt. Die Hautsensibilität unverändert. Patellar-, Bauch- und Plantarreflexe sind sehr gesteigert, Cremasterreflex fehlt beiderseits. — Beim Gehen fällt in die Augen der spastische Gang: Schleppen, leichtes Springen, beim Wenden Aneinanderstossen der Beine. Klagen über leichte Rückenschmerzen, Gefühl von Stechen in den Beinen, Zucken in den Muskeln der unteren Extremitäten, Blasenstörung von obigem Character, Fehlen der sexuellen Potenz. Im Laufe der Saison des Jahres 1891 gebrauchte Pat. die Kur, welche Herr Prof. P. Kowalewskij in solchen Fällen gewöhnlich anwendet und von welcher ich einige Worte weiter unten sagen werde. Ende Juli 1891 wurde eine entschiedene Besserung bemerkt: Der Gang wurde kräftiger, Schmerzen und Parästhesieen schwanden, die Harnblase fing an sich mehr dem Willen zu unterwerfen, Erectionen kehrten wieder, Stuhlgang besserte sich. Am 30. Juli ist der Kranke nach Hause abgereist.

2. Eduard G., 43 Jahre alt, Officier aus Nischni-Nowgorod, unverheirathet, ohne erbliche Belastung. Im Jahre 1887 war er luetisch inficirt. Bis 1890 gebrauchte er alljährlich eine specifische Behandlung und fühlte sich dabei gesund. Im September 1890 wurde er nach langem Gehen sehr müde und seit jener Zeit fing er an, Schwäche in den Beinen und zu schnelle Ermüdung zu bemerken. Ungefähr $1^1/_2$ Monate nachher stellten sich die ersten Erscheinungen der Blasenschwäche ein: öfterer Harndrang mit geringer Urinentleerung und manchmal unfreiwillige Entleerungen. Zu gleicher Zeit trat auch Hartleibigkeit auf, die Potenz fing an schnell zu

erschlaffen. Die Ermüdbarkeit nahm allmählig zu, der Pat. fühlte „Steifigkeit“ in den Beinen, bald Zuckungen, bald Schauer an denselben. Am 11. Juni 1891 stellte er sich bei Prof. P. Kowalewskij in Piatigorsk mit folgendem Status vor.

Pat. ist regelmässig und fest gebaut, von gut entwickelter Muskulatur, hager. Die Organe der Brust und Bauchhöhle sind normal. Steht fest, sogar mit geschlossenen Augen. Beim Gehen wankt er ein wenig. — Schleppt leicht die Füsse als ob ihre Beweglichkeit in den Gelenken nicht ganz frei wäre. An den Muskeln der unteren Extremitäten ist eine geringe Spannung bemerklich, Tastempfindung an den unteren Extremitäten ist ein wenig herabgesetzt; die Sehnenreflexe sind sehr gesteigert, besonders die Patellarreflexe und zwar links stärker als rechts. Die Pupillen sind ein wenig verengert, rechts mehr, als links, Klagen über Schwäche in den Beinen, enuresis, obstipatio alvi. — Am 21. Juli fuhr Pat. nach Hause im Zustande fast völliger Heilung. Es bestand noch eine etwas zu grosse Ermüdbarkeit; der Gang war aber fast ganz frei, Urinentleerung verbesserte sich sehr, die Erectionen stellten sich wieder ein, die Reflexe kehrten zur Norm zurück.

3. Andrey K., 42 Jahre alt, aus Moskau, Kapellmeister, verheirathet, hat einen gesunden 12 Jahre alten Sohn, erbliche Belastung nicht vorhanden. Im Februar 1886 acquirirte er eine syphilitische Infection, fing an sich frühzeitig mit Quecksilbereinreibungen zu behandeln, trank aber sehr stark dabei. Im Juni 1887 erkrankte er an heftigen Rückenschmerzen, welche jedesmal Nachts auftraten und gegen Morgen verschwanden; die Schmerzanfälle wurden von einer starken sexuellen Erregung und sogar Ejaculation begleitet.

Zu gleicher Zeit bemerkte Pat. zunehmende Schwäche an den Beinen und Verschlimmerung des Ganges. Die wieder unternommene specifische Behandlung besserte den Zustand bedeutend. Im Sommer 1888 war Pat. in Piatigorsk und gebrauchte wieder eine antiluetische Kur. Am Anfang 1889 stellten sich oftmalige, scheinbar grundlose Durchfälle und ein wenig später wieder zunehmende Erschwerung des Gehens ein. Bald gesellte sich zu diesen Symptomen Blasenschwäche hinzu, incontinentia urinae und Behinderung der willkürlichen Urinentleerung; bisweilen traten auch unfreiwillige Defäkationen auf. Wieder unternommene Behandlung in Piatigorsk brachte keine Linderung. Jedoch fühlte sich Patient im Frühjahr 1890 ein wenig besser, und stellte sich am 19. Juni zum ersten Mal bei Prof. P. Kowalewskij in Piatigorsk vor.

Pat. ist von mässigem Bau; Haut anämisch, Muskulatur mässig entwickelt. Das Gehen ist sehr behindert. Pat. geht nur mit Hülfe eines Stockes und eines Bedienten, schleppt sich kaum fort. Steigerung der Sehnenreflexe ist hochgradig; Muskelspannungen an den unteren Extremitäten sind fast unbemerkbar; manifeste Anästhesie an den unteren Extremitäten (herabgesetzte Tast- und Schmerzempfindung). Blasenschwäche, Hartleibigkeit. — Nach der neuen Behandlung in Piatigorsk fühlte sich Pat. im Winter und besonders im Frühling viel besser: ging im Zimmer ohne Stock umher, fühlte sich viel kräftiger auf den Beinen, konnte den Urin besser halten. Am 14. Juni 1891 stellte sich Pat. wieder bei Prof. Kowalewskij

in Piatigorsk vor. Der spastische Gang ist noch immer vorhanden, obschon Pat. freier geht, die Steigerung der Sehnenreflexe ist weniger ausgesprochen, Fussclonus ist ziemlich schwach; wie früher bleiben: herabgesetzte Hautsensibilität, Hartleibigkeit, Unfähigkeit lange Urin zu halten. Wieder wurde unsere Behandlung angewendet, jedoch blieben dieses Mal die Symptome im gleichen Grade bestehen. Es ist zu bemerken, dass Pat. im Laufe des Sommers drei Mal an Anfällen von Malaria litt.

4. Paul U., 34 Jahre alt, Commis in einem Manufacturmagazin in Poltawa, unverheirathet, ohne erbliche Belastung. Hatte im Jahre 1880 ein Ulcus induratum und ca. 2 Monate nachher secundäre Erscheinungen gehabt. Bis 1890 hielt er sich dann für gesund.

Seit März 1890 fing er an, Schwäche in den Beinen zu fühlen, welche nach und nach zunahm, und gegen Juni konnte Pat. nur noch mit Hülfe eines Stuhls und eines Stockes durch das Zimmer gehen. Dann fing er an täglich Kochsalzbäder zu gebrauchen, und im Juli konnte er schon mit einiger Mühe auf der Strasse gehen.

Am 11. Juli 1890 stellte er sich zum ersten Mal bei Prof. Kowalewskij in Piatigorsk vor. Pat. ist von mässigem Bau, anämisch, mit mässig entwickeltem Fettpolster. Die Organe der Brust und Bauchhöhle ohne bemerkbare Abnormitäten. Der Gang ist exquisit spastisch, die Sehnenreflexe der unteren Körperhälfte sehr lebhaft (Patellar- und Fussclonus); Bauchreflex links, sowie Cremaster- und Analreflex beiderseits fehlen. Pupillen gleich, ihre Reaction auf Lichtreize ist aber abgeschwächt. Hautsensibilität normal, Muskelspannungen fehlen.

In Bezug auf die Harnblase — gehinderte Entleerung; geringe Schwäche der sexuellen Potenz, Hartleibigkeit. Pat. blieb in Piatigorsk bis 7. August (also weniger als einen Monat) und an Weichnachten tanzte er schon leichte Tänze, wovon er ein grosser Liebhaber war.

Im Jahre 1891 stellte er sich wieder in Piatigorsk vor, gebrauchte wieder eine specifische Behandlung und ist bis zu dieser Zeit ganz gesund.

5. Panteleymon T. 31 Jahre alt, Lehrer aus dem Charkow'schen Gouvernement, unverheirathet. In seiner Familie ist eine neuro- und psychopathische Belastung bemerkbar. Im Jahre 1886 war er syphilitisch inficirt, secundäre Erscheinungen fingen $2^1/_2$ Monate nachher an, schwanden aber schnell in Folge einer Quecksilber-Behandlung. Die zwei folgenden Jahre lang hielt er sich für gesund, obgleich er schon im ersten Jahre eine zunehmende Schwäche der Potenz bemerkte.

Im November 1888 stellte sich eine hartnäckige Hartleibigkeit ein und zu dieser Zeit fing der Kranke an, ausserordentlich schnelle Ermüdung beim Gehen zu bemerken. Im Januar 1889 ging Pat. schon mit Mühe und lag meistens zu Bette. Er litt keine Schmerzen, nur bisweilen fühlte er Kribbeln und geringe Zuckungen an den Beinen, die sehr empfindlich für Kälte waren. Zu gleicher Zeit traten Blasenstörungen ein: Behinderung der freiwilligen Urinentleerung und manchmal unwillkürlicher Urinabgang. Im Winter und Frühling desselben Jahres gebrauchte Pat. nach dem Rathe des Prof. P. Kowalewskij eine Jodbehandlung, fühlte sich ein wenig besser und stellte sich im Juni 1889 in Piatigorsk vor.

Hier wurden ein typischer und exquisit spastischer Gang, leicht herab- herabgesetzte Tastempfindlichkeit an den Beinen, sehr erhöhte Sehnenreflexe, normale Weite und Reaction der Pupillen, Fehlen der Muskelspannungen, Blasenschwäche und Hartleibigkeit bemerkt. In Piatigorsk blieb er 6 Wochen. Sein Zustand besserte sich, allerdings nur wenig. Im Sommer 1890 gebrauchte Pat. wieder eine Kur in Piatigorsk. Dieses Mal fühlte er sich besser, im Winter konnte er längere Zeit fast ohne Mühe gehen, Blasenschwäche schwand fast ganz. Im Jahre 1891 brachte er den Sommer wieder in Piatigorsk zu. Sein Zustand besserte sich noch, es waren Tage, an denen der spastische Character seines Ganges fast ganz unmerkbar war. Seit August 1891 habe ich den Kranken nicht gesehen.

6. Nicolay W., 28 Jahre alt, Kaufmann aus der Kubanischen Provinz, unverheirathet, stammt von einer gesunden Familie ab. Syphilitische Infection wird in Abrede gestellt, erscheint aber wegen Drüsenschwellung und Periostiten an den Beinen ausser Zweifel. Im October 1889 entwickelte sich in drei Tagen völlige Lähmung der unteren Extremitäten. Nach einem Monat, während dessen er eine Kur seines heimischen Arztes brauchte, fing er an wieder zu gehen. Nach einem Jahre verschlimmerte sich sein Zustand wieder, nachdem er sich vorher merklich gebessert hatte: Das Gehen erschwerte sich immer mehr, es stellte sich Blasenschwäche ein.

Am 1. Juni 1891 stellte sich Pat. bei Professor Kowalewskij in Piatigorsk vor.

Gut gebauter Mann mit mässig entwickeltem Fettpolster und gut entwickelter Muskulatur. Ausgesprochen spastischer Gang; sehr gesteigerte Patellarreflexe, besonders links, Fussclonus beiderseits, Fehlen der Cremaster, Bauch- und Analreflexe; geringe Muskelspannung an den Beinen. Tastempfindung an den Beinen ist herabgesetzt, besonders rechts, die Sensibilität der Haut gegen den faradischen Strom ist rechts auch herabgesetzt, links normal. Die Reaction auf Lichtreiz ist an der linken Pupille ein wenig abgeschwächt. Blasenschwäche, Hartleibigkeit, leichte Rückenschmerzen. Pat. konnte in Piatigorsk nur bis 3. Juli bleiben, dennoch fühlte er sich weit besser sowohl in Bezug auf das Gehen, als in Bezug auf die Blasenfunction. Von Prof. Kowalewskij war auch objectiv eine bedeutende Verbesserung constatirt.

7. Ilja P., 40 Jahre alt, Kaufmann aus Armawir, ohne erbliche Belastung, verheirathet, hat 5 gesunde Kinder; die letzte Schwangerschaft seiner Frau wurde nach 3 Monaten durch Abortus geendigt.

Im Jahre 1887 luetisch inficirt. Zu Ende 1890 stellte sich Hartleibigkeit ein und im Anfange 1891 gesellte sich zu dieser Behinderung der Urinentleerung und zu schnelle Ermüdung beim Gehen. Am 20. Juni 1891 stellte er sich bei Prof. P. Kowalewskij in Piatigorsk vor.

Der Gang fast normal; ein wenig gesteigerte Sehnenreflexe der unteren Körperhälfte, geringe Herabsetzung der Tastempfindung der Beine, Fehlen der Reaction der Pupillen auf Lichtreize, Hartleibigkeit, gehinderte Urinentleerung. Pat. gebrauchte 6 Wochen lang eine specifische Behandlung in Piatigorsk und ist gesund fortgefahren.

8. Boris T., 26 Jahre alt, Kaufmann aus Tiflis, unverheirathet, mit neuropathischer Disposition in seiner Familie (sein Vater litt an Lähmung

der Beine (?), sein Bruder an einer Geisteskrankheit). Im Jahre 1886 hatte er einen Schanker mit nachfolgender syphilitischer Hautaffection gehabt. Im Jahre 1888 stellten sich zuerst Blasenschwäche und dann zunehmende Schwäche in den Beinen und Hartleibigkeit ein. Am 5. Juni 1891 stellte sich Pat. bei Prof. P. Kowalewskij in Piatigorsk vor.

Typisch spastischer Gang: Pat. kann nicht ohne Stock gehen, schleppt die Beine nur mit Theilnahme des Beckens voran; Sehnenreflexe sind sehr gesteigert, Hautsensibilität an den Beinen ist merkbar herabgesetzt. Muskelspannungen fehlen. Pupillen reagiren auf Lichtreize schwach; freiwillige Urinentleerung ist gehindert, Urin entleert sich aber unfreiwillig tropfenweise. Seitens des Darmkanals — bald Hartleibigkeit, bald Durchfälle. Pat. blieb in Piatigorsk bis 12. August und sein Zustand besserte sich nur wenig.

Ich beschränke mich vorläufig auf diese 8 Fälle. In Bezug auf meine andern Fälle werde ich nur einige Worte über den Zeitraum zwischen der Infection und den ersten Symptonen der Paralysis spinalis syphilitica sagen. Dieser Zeitraum schwankt nach meinen Beobachtungen zwischen 6 Monaten und 15 Jahren.

Von meinen 27 Fällen (den Fall unter 6 schliesse ich aus verständlicher Ursache aus) sind: 1 nach 6 Monaten, 2 nach 1 Jahr, 1 nach 1 Jahr und 5 Monaten, 3 nach 2 Jahren, 3 nach 3 Jahren, 3 nach 4 Jahren, 2 nach 6 Jahren, 4 nach 8 Jahren, 3 nach 9 Jahren, 3 nach 10 Jahren, 1 nach 13 Jahren und 1 nach 15 Jahren nach der Infection an syphilitischer Spinalparalyse erkrankt.

Am Schlusse will ich noch über die von uns angewandte Behandlung dieser Fälle einiges sagen.

Wie bemerkt gebrauchten die Mehrzahl der Kranken ihre Behandlung im Sommer in Piatigorsk. Zuerst verordnen wir die energische, gemischte (Quecksilber- und Jod-) Kur. Quecksilber gebrauchen wir entweder in der Form der Frictionen mit Unguentum cinereum (saponatum) oder in der Form der Inject. hypoderm. solut. hydrarg. sublim. cum natro chlor. Die Zahl jener und dieser ist nicht im Voraus zu bestimmen, im allgemeinen aber muss man hier dem Principe folgen: „je mehr desto besser". Jod verabreichten wir vorzugsweise in der Form der Solut. natri jodati, welche in zunehmenden Gaben von 1,0 bis 15,0 verordnet wird. So energische Gaben ertragen die Mehrzahl der Kranken in Piatigorsk vortrefflich. Zu gleicher Zeit gebrauchen die Kranken Schwefelbäder aus Piatigorskischen Quellen von 27—32 R. Ausser dieser Behandlung verordnen wir dem Kranken stets eine vermehrte Ernährung und reguliren seine Lebensweise. Endlich gebrauchen wir immer specielle antinervöse Behandlung, für welche ich die absteigende Galvanisation am Rücken (2—3 Mill. Amp., in einer Dauer von 3—5 Minuten täglich) und die Suspension nach der Methode von Dr. Motschutkowsky besonders empfehlen kann, als Mittel, die in unseren Fällen besonders gute Ergebnisse geliefert haben.

II. Referate und Kritiken.

168) Dr. **R. Vizioli.** Contribuzione alla Neuropatologia del diabete. La claudicazione intermittente come mezzo diagnostico nei casi di diabete decipiens.

(Annali di Nevrologia 1891. Fasc. II—IV.)

Verf. hat bei zwei Kranken mit Diabetes decipiens das Symptombild der claudication intermittente zu beobachten Gelegenheit gehabt. Das eine Individuum bekam Gangrän am linken Bein und starb in einem Anfall von Angina pectoris. Auch an Kaninchen, denen die Aorta unterbunden war, studierte der Verf. das in Rede stehende Symptom. Bei Diabetes sieht er in der Endarteritis hyperplastica diabetica den Grund der Claudication intermittente, welche stets als ein Vorläufer der Gangrän aufzufassen und desshalb von hoher prognostischer Bedeutung sei. Auch die Angina pectoris bezieht Verf. auf die diabetische Veränderung der Intima der Herzblutgefässe. Dr. Feist.

169) **H. Flesch** (Frankfurt a. M.). Zur Aetiologie des Diabetes mellitus.
(Berl. kl. Wochenschr. 1891. Nr. 40.)

Teschenmacher (Neuenahr). Zur Aetiologie des Diabetes mellitus.
(Berl. Kl. Wochenschr. 1891. No. 41.)

Die Möglichkeit des Zustandekommens von acuter Glycosurie durch psychische Affecte findet eine Stütze in einem von F. beobachteten Falle, wo nach hochgradiger psychischer Aufregung innerhalb 14 Tagen eine Steigerung des Zuckergehaltes von fast unmerklichen Spuren auf 0,1, dann auf 1,7 % und Wiederabfall auf unmerkliche Spuren erfolgte.

Im Anschluss daran veröffentlicht T. einen ähnlichen Fall, welchen er bei einem 7jährigen Knaben beobachtet hat. Der Knabe hatte in der langsamen Reconvalescenz nach Masern einen erheblichen Zuckergehalt des Urins (4%), welcher allmählig auf 1,9 %, dann auf 0,35 % sank und schliesslich völlig schwand. Nachdem der Urin schon 5 Tage völlig zuckerfrei gewesen war, zeigte der Knabe nach einem heftigen Schreck (Anfall durch einen bissigen Köter), in Folge dessen er vor Angst halb bewusstlos liegen blieb, sofort einen Zuckergehalt von 3,3%, welcher am nächsten Tage schon auf 2,4 %, nach 2 Tagen auf 0,15 % gesunken und nach 8 Tagen wieder verschwunden war. Hoppe (Allenberg).

170) Dr. **Richard Geigel.** Die klinische Prüfung der Patellarreflexe.
(Deutsche med. Wochenschr. 1892 Heft 8.)

Vor zwei Jahren hatte Geigel auf der med. Klinik in Würzburg bei 100 nervengesunden Individuen die bekannten tiefen und oberflächlichen Reflexe untersuchen lassen. Diese nur an männlichen Personen vorgenommenen Untersuchungen sowie die von G. selbst später an 100 Weibern gemachten Erfahrungen zeigten, dass die weniger bekannten Reflexe, wie

Intercostal-, Interscapular-, Glutaealreflex so selten sind, dass sie bequem vernachlässigt werden können. Auch wird man nur aus dem positiven Befund den Schluss ziehen dürfen, dass der betreffende Reflexbogen intakt ist, den negativen Befund dagegen ganz vernachlässigen müssen. Unter den mehr constanten Reflexen befindet sich der Cremasterreflex, dessen Fehlen speciell in dem häufig so tumultuarisch verlaufenden Bilde einer cerebralen Hemiplegie frühzeitig die Seite der cerebralen Störung errathen lässt. Bisher glaubte man, beim Weibe auf dieses diagnostische Merkmal verzichten zu müssen. Geigel fand dagegen einen ganz aequivalenten Reflex beim Weibe, den er folgendermassen beschreibt. „Streicht man die Haut des Oberschenkels an ihrer Innenfläche nach den äusseren Geschlechtstheilen oder auch unterhalb des Ligam. Poupartii mit der Spitze eines Percussionshammers, so erfolgt sofort auf der gereizten Seite eine mehr oder weniger lebhafte Contraction der untersten Bündel des M. obliquus internus oberhalb und entlang des Ligam. Poupartii." — G. schlägt vor, diesen bei beiden Geschlechtern vorkommenden Reflex als „Obliquusreflex oder Leistenreflex" zu bezeichnen. Zum Schluss warnt er vor der allzu häufigen Wiederholung einer Reizung, weil in Folge leicht eintretender Ermüdung selbst die stärksten Reflexe dann versagen. Peltesohn.

---

171) Dr. **A. Peyer.** Ueber Hindernisse im Uriniren und Harnverhaltung. (Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte. 1891 Nr. 22.)

Verf. bespricht die Ursache, Symptome sowie die Therapie der Harnverhaltung und führt viele Beispiele aus seiner Praxis an. Er kommt zu dem Schlusse, dass wahre Incontinenz d. h. der Zustand, wo die Blase keinen Urin halten kann, also leer ist, sehr selten beim männlichen Geschlecht vorkommt, ausser in Folge von Laesionen des Centralnervensystems. In der Regel bedeutet ein unwillkürlicher Abfluss Harnverhaltung und nicht Incontinenz (ischuria paradoxa). Von den verschiedenen Formen der Harnverhaltung interessirt den Neurologen am meisten die nervöse Ischurie, welcher der Verf. eine eingehende Besprechung widmet. Diese ist bedingt durch einen Spasmus des Sphincter vesicae, der vor oder während des Urinlassens in Folge psychischer Einflüsse besonders bei Neurasthenikern oder auf reflectorischem Wege von anderen Organen aus auftritt und gewöhnlich bald nachlässt. In nicht wenig Fällen jedoch ist dieser Krampf ein chronischer Zustand und die Patienten bedürfen einiger Kunstgriffe, um den Spasmus zu lösen. Zuweilen führt der Krampf zu completer acuter oder chronischer Harnverhaltung. Dr. Feist.

---

172) Dr. **A. Kottmann.** Ueber den Shock und seine Behandlung. (Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte. 1891 Nr. 24.)

Der Aufsatz ist von wesentlich chirurgischem Interesse. Nach schwerem Shock hält Verf. das Ausbrechen von Schweiss für ein sehr günstiges Zeichen und sucht es auch in leichten Fällen durch schwache Aetherinhalation oder Phenacetingaben herbeizuführen. In schweren Fällen hält er Kochsalztransfusionen für sehr rathsam. Dr. Feist.

173) Prof. **Pick.** Ueber die conscience musculaire Duchenne's.
(Separatabdruck aus Neurolog. Centralbl. 1891 Nr. 15.)

Verf. ist der Ansicht, dass die perte de la conscience musculaire keine directe Störung des Bewegungsmechanismus, sondern eine Störung der Aufmerksamkeit ist. Das Phänomen soll sich nur bei Hysterischen finden, deren Blickfeld der Aufmerksamkeit beträchtlich eingeengt erscheint. Nicht nur durch Augenschluss, sondern durch jede andere geringe Fesselung der Aufmerksamkeit (z. B. Verschluss der Ohren) sei das in Rede stehende Phänomen bei den Individuen mit Verlust aller kinästhetischen Empfindungen auszulösen.

Dr. Feist.

---

174) **Ladame.** Quelques mots sur l'étiologie du vertige paralysant.
(Revue médicale XI. Jahrgang pg. 351.)

Verf. beklagt, dass die Symptomatologie des von Gerlier entdeckten Krankheitsbildes durch die neueren Publicationen dieses Autors und andrer Beobachter eine so verwaschene geworden sei, indem wahrscheinlich garnicht hierhergehörige Affectionen unter diesem Namen beschrieben wurden. Die Gerlier'sche Hypothese von der mikroparasitären Aetiologie des Leidens lässt er als unbewiesen nicht gelten und glaubt die Furcht vor der Erkrankung bei der durch Aberglauben praedisponirten Bevölkerung sei das Hauptmoment in der Uebertragung des Leidens.

(Salomonsohn [deutsche medic. Wochenschrift 1891 Nr. 27 pg. 850] vermuthet, dass die in Rede stehende Krankheit auf einer Affection des centralen Höhlengraus beruhe und durch die doppelseitige Ptosis den Uebergang zur Polioencephalitis acuta superior bilde. Ref.)

Dr. Feist.

---

175) **A. Eulenburg** (Berlin): Verhalten des galvanischen Leitungswiderstandes bei Sklerodermie (Sklerema adultorum).
(Neurol. Centralbl. 1892 Nr. 1.)

E., welchem bereits früher in 3 auf Sensibilität genauer geprüften Fällen von Sklerodermie der anscheinend sehr grosse Leitungswiderstand der Haut an den skleromatösen Stellen aufgefallen war, prüfte in einem im Original genauer beschriebenen Falle von mässig vorgeschrittenem, besonders an Händen und Füssen diffus entwickeltem Sklerem den galvanischen Leitungswiderstand an mehreren aufeinanderfolgenden Tagen. Er fand dass gerade an den diffus skleromatösen Hautbezirken (des Oberkörpers) die relativen Widerstandsminima relativ höhere Werthe erreichten als bei einer gesunden Controlperson, während an den leicht und fleckweise erkrankten Stellen und an bisher verschont gebliebenen Hautbezirken nur sehr viel geringere, unerhebliche Differenzen sich zeigten. Dass die Steigerung des Hautwiderstandes an den Handtellern trotz reichlicher Schweisssecretion daselbst am ausgesprochensten war, muss nach E. die Annahme erschüttern, dass die bei der Basedow'schen Krankheit beobachtete Widerstandsverminderung der Haut wesentlich auf Durchfeuchtung derselben in Folge profuser Schweisssecretion beruhe.

Hoppe (Allenberg).

---

176) **J. Elvin Courtney** (New-York): „Case of traumatic epilepsy".
(The Medic. Record 28. März 1891.)

In dem vorliegenden Falle ist bemerkenswerth:

1. dass nach einem im 2. Lebens-Monate erlittenen Falle auf den Hinterkopf, der Veranlassung zu einem sich allmählig ausbildenden grossen Defecte in der harten Schädeldecke gab, erst im 5. Lebensjahre epileptische Anfälle auftraten, die sich bis zur Pubertät öfter wiederholten, jedoch nur dann, wenn die kranke Stelle durch irgend eine heftiger wirkende Gewalt getroffen wurde; mit der Pubertät erst trat eine epigastrische Aura mit nachfolgendem petit mal in die Erscheinung;
2. dass sich während der Anfälle eine Beengung des Schädelraumes erkennbar machte, insofern die den Schädeldefect bedeckenden Weichtheile durch andringende Cerebrospinalflüssigkeit nach aussen gedrängt wurden;
3. dass die Anfälle häufiger und heftiger wurden, je mehr allmählig die den Defect begrenzenden Knochenwände sich verdickten und eine Ausdehnung der Hirnsubstanz hinderten. Voigt.

---

177) **Schlesinger** (Wien): Ueber einige seltenen Formen der Chorea. Chorea chronica hereditaria.
(Zeitschr. f. klin. Med. 1892 XX. Bd. 1. und 2. Heft.)

Drei einschlägige Beobachtungen werden mitgetheilt, auf Grund derer folgende Schlussfolgerungen aufgestellt werden:

1. Es giebt eine hereditäre Chorea, die in der Regel im vorgerückten Alter beginnt; anderseits ist mit Hoffmann und Huét zu betonen, dass einzelne Familienmitglieder in jüngeren Jahren ergriffen werden können.
2. Regel ist Vererbung von Generation zu Generation; ausnahmsweise kann aber eine Generation völlig überschlagen werden.
3. Es kann vielleicht die Chorea in einer Generation durch schwere Hysterie ersetzt werden.
4. Das Leiden ist progressiv; es wird mit wenigen Ausnahmen durch eine — selbst frühzeitig eingeleitete — Arsencur nicht im geringsten beeinflusst. Ascher.

---

178) **Oct. Sturges** (London). The Kindred of Chorea.
(Americ. Journal of med. sc. Dec. 1891.)

Verf. resumirt seine Untersuchungen über den Zusammenhang zwischen Chorea und Rheumatismus in folgender Weise: Der anatomische Befund bei Chorea ist die frische Endocarditis, die sich jedoch nicht immer p. m. constatiren lässt. Sie ist von der rheumatischen dadurch verschieden, dass sie intra vitam ohne Symptome verläuft, post mortem nur frische Entzündung — meistens der mitralis —, nie aber secundäre Symptome wie Dilatation etc. darbietet. Rheumatismus und Chorea gehören einer Gruppe von Krankheiten an, der Arthritis gemeinsam ist. Die eigentlichen Ursachen sind aber noch zu suchen.

Henrik Dedichen (Horten).

---

179) **Frank Fry** (St. Louis): Chorea in the aged. The report of a case. (The journal of nervous and mental disease. September 1891.)

Eine 69jährige Frau zeigte einige Zeit, nachdem sie über allgemeine nervöse Störungen wie Kopfschmerzen, Müdigkeit, Reizbarkeit geklagt hatte, eine typische Chorea der rechten Seite. Zwei Wochen nach Auftreten der choreatischen Bewegungen trat eine Influenza auf, die innerhalb einiger Tage ablief. Die Untersuchung zeigte eine geringe Schwäche der rechten Extremitäten.

Letztere ebenso wie die choreatischen Bewegungen verschwand unter Arsenikgebrauch innerhalb 7 Wochen. Irgend eine hereditäre Belastung lag nicht vor, auch andere Ursachen, wie Rheumatismus etc. waren nicht nachzuweisen. Es handelt sich demnach um einen einfachen Fall von Chorea minor bei einer alten Frau. Strauscheid.

---

180) Lieutenant **A. E. Bradley**: „Hyperemesis due to compound hypermetropic astigmatism (eye-strain), or to reflex neuroses from the male genital organs" (Hypermesis in Folge von Astigmatismus oder von Reflex-Neurosen von den männlichen Geschlechtsorganen aus). (The Medic. Record. 24. October 1891.)

In dem Falle wurde die Neurose (Kopfschmerz, Ekel, Erbrechen u. s. w.) zunächst als von hypermetropischem Astigmatismus abhängend aufgefasst. Trotz Korrection desselben durch Gläser blieb jedoch der nervöse Zustand im Wesentlichen derselbe, bis Pat. heirathete: sofort verschwand die Neurose und es stellte sich nun heraus, dass dieselbe jedenfalls nur dem Umstande ihre Entstehung verdankte, dass sich Pat. während der Verlobungszeit in dem Verkehre mit seiner Braut jedesmal hochgradig geschlechtlich und ohne Befriedigung aufregte (cfr. Peyer, Volkmann's Sammlung klin. Vorträge). Voigt.

---

181) **Eugene R. Corson** (Savannah, Ga.): „Some clinical jottings of twenty cases of puerperal eclampsia." (Einige klinische Bemerkungen über 20 Fälle puerperaler Eclampsie). (The Medic. Record. 24. October 1891.)

Verf. hatte in 335 Geburtsfällen 20 mal mit Eclampsie zu thun. Er berichtet ziemlich ausführlich diese 20 Krankengeschichten, sagt, dass die Ansicht von dem mikrobiotischen Ursprunge der Erkrankung jetzt nicht mehr ernstlich verfochten werde und dass die eigentliche Pathologie derselben eine äusserst complicirte, auf sehr feiner Action und Reaction zwischen dem vergifteten Blute und gewissen Nervencentren beruhende sei, will in Zukunft genauere und extensivere chemische und mikroskopische Prüfungen des Blutes und Urins gemacht wissen und führt endlich an, dass unter den vielen gegen die Krankheit angewandten Mitteln allgemeine und örtliche Blutentziehungen, Chloroform, Morphium und Chloral in Verbindung mit schleuniger Entbindung trotz aller Widersprüche am meisten zu empfehlen seien. „Bringe die Nerven-Elemente so schnell und so gefahrlos als möglich zur Ruhe, bis der Sturm vorüber ist und entbinde die Pat. so schnell als es die geburtshilflichen Verhältnisse erlauben." — Im Uebrigen starben von seinen weissen Patienten (7) 1, von seinen schwarzen (13) 5, von den betreffenden Kindern 2 und 9. Voigt.

---

182) **L. Bruns** (Hannover): Ueber das Gräfe'sche Symptom bei Morbus Basedowii.

(Neurol. Centrablatt 1892 Nr. 1.)

B. hatte bereits im vorigen Jahre darauf hingewiesen, dass die Angaben der meisten Lehrbücher über das Gräfe'sche Symptom nicht correct wären, indem nur bei der Blickrichtung nach unten ein mehr oder weniger starkes Zurückbleiben des oberen Lides zu constatiren wäre. Möbius, welcher diese Thatsache constatirt hat, erklärte die Erscheinung für eine Folge der spastischen Erweiterung der Lidspalte.

B. berichtet nun 2 Fälle, von welchen der erste ein Beispiel giebt für die Angabe von der Beschränkung des Gräfe'schen Symptoms auf die Blicksenkung, der zweite ein starker Beweis für die Richtigkeit der von Möbius gegebenen Erklärung ist. Ausserdem führt B. in einem Nachtrage eine Beobachtung von Möbius an, wonach bei einem 30jährigen Manne mit organischer linksseitiger Hemiparese, welcher durch einen Schreck in einen Zustand grosser Erregung gerathen war, neben Erweiterung der Lidspalten das Gräfe'sche Symptom sich ebenso zeigte wie bei einem Kranken mit Morbus Basedowii. Raymond hat ausserdem das Gräfe'sche Symptonat bei Thomson'scher Krankheit beobachtet, wo auch die Lidspalte in einem Falle stark erweitert war. Hoppe (Allenberg).

---

183) **Mendel.** Zur pathologischen Anatomie des Morbus Basedowii.
(Deutsche med. Wochenschr. 1892 Nr. 5) cfr. pg. 152, Jahrg. 1892 dieses Centralbl.

Im Gegensatz zu der reichen klinischen Erfahrung über Morbus Basedowii ist die pathologische Anatomie dieser Krankheit noch recht kümmerlich geblieben. Zu den neun bisher bekannten Sectionsbefunden und den früher von Eulenburg und Guttmann zusammengestellten Sectionsberichten fügt Mendel einen eigenen.

Ein 48jähriger Lehrer erkrankt unter den klassischen Symptomen der Basedow'schen Krankheit, erholt sich unter einer Badekur in Cudova und Milchdiät und geht schliesslich an einer Pleuritis zu Grunde. Die Medulla, die Hirnrinde, die Hirnganglien, das Kleinhirn, der Sympathicus, der Vagus erweisen sich als durchaus normal. Dagegen war eine Ungleichheit beider corpora restiformia nachweisbar, welche durch die ganze Schnittserie der medulla oblongata ging, centralwärts aber am meisten ausgesprochen erschien. Im Vergleich mit dem der anderen Seite oder mit dem normaler Gehirne erschien das linke corpus restiforme atrophisch. Die mikroskopische Mitwirkung ergab ausser dem Ausfall der Fasern keine wesentlichen Veränderungen.

Die Funiculi graciles und cuneati waren unverändert.

Ferner war auf der rechten Seite eine deutliche Atrophie des solitären Bündels vorhanden. Auch hier war der Ausfall der Fasern deutlich erkennbar. Weder im Kern des Vagus-accessorius, noch in dem des Glossopharyngeus waren Veränderungen nachweisbar. Die glandula thyreoidea war normal.

Neben der interessanten Thatsache, dass in diesem Falle sich der Nervus sympathicus völlig intact erwies, verdient der Befund in den corpora restiformia eine gewisse Beachtung, weil vor Jahren Filehne durch Durch-

schneidung derselben bei nicht ganz ausgewachsenen Kaninchen die Cardinalsymptome des Morbus Basedowii hatte hervorrufen können.

Durdufi hat bei Kaninchen, Bienfait bei Hunden ähnliche Resultate erzielt. — Während es nun nicht recht verständlich ist, wie sich aus dem Ausfall der corpora restiformia die Symptome der Basedow'schen Krankheit erklären lassen, erscheint die Atrophie des solitären Bündels, bei seinem bekannten Zusammenhang mit dem Vaguskern schon bemerkenswerther. Immerhin dürften diese positiven Veränderungen im Centralnervensystem die herrschenden Theorien über den Morbus Basedowii — Neurose des Sympathicus, veränderte Thätigkeit der Schilddrüse — ins Wanken bringen und die sich hierauf stützenden chirurgischen Eingriffe von der Thyreoidea oder der Nase aus etwas zu beschränken im Stande seien. Peltesohn.

---

184) **Charles A. Morton** (Bristol). The Pathology of tuberculous meningitis with reference to its treatment by tapping the subarachnoid space of the spinal cord. (Tuberculöse Meningitis und ihre Behandlung durch Punction des Subarachnoidal-Raumes des Rückenmarks).

(The Brit. med. Journ. 17. Oct. 1891 pg. 840.)

Verf. geht von 10 Meningitisfällen aus, die ausser dreien alle tuberculös waren. Er untersucht zunächst ob der Ventrikelhydrops die Ursache ist der daneben einhergehenden Erweichung der Hirnsubstanz und schliesst zunächst die Theorie aus, welche diese Erweichung als postmortal durch Durchtränkung der Hirnsubstanz erklären will. Er behandelt dann die Frage, ob die Erweichung zu Stande kommt durch den gesteigerten intraventriculären Druck oder durch Entzündung der Gehirnsubstanz. Gee glaubt auf Grund einer Beobachtung, dass es sich um Entzündung handelt. Morton hat keine entzündliche Gefässveränderungen gefunden und glaubt, dass es sich um Druckwirkung handelt. Dafür spreche auch der häufige Befund der Ausdehnung und Verdünnung bei chronischem Hydrocephalus. M. wendet sich dann gegen Bastian's Theorie, dass Thrombose der Vena Galeni die Ursache der Erweichung sei. Die Ursache des Hydrops könnte liegen in einer Behinderung der Communication der Ventrikelflüssigkeit mit jener im Subarachnoidalraum bedingt durch Verlegung der 3 Communicationsöffnungen (foramen Magendie und 2 seitliche), welche durch verdickte Membranen geschlossen sein könnten. Nur in 3 Fällen unter 10 fand M. die Membran verdickt, doch nicht so, um völligen Abschluss zu bewirken. Dass die Communication besteht, beweist auch die klinische Erfahrung der operirten 4 Fälle (Dr. Wynter), wo die Pupillen sich veränderten nach der Punction. Morton glaubt, ein Entzündungszustand des Plexus chorioideus sei in allen Fällen die Ursache der Flüssigkeitszunahme in den Ventrikeln.

Er behandelt dann die Frage: Wie verhalten sich vermehrter Druck und Erweichung zu den Symptomen und zum tödtlichen Verlauf der Krankheit. Es besteht eine Beziehung zwischen Erweichung und Coma. Denn die Hälfte der Fälle, in welchen wenig oder keine Erweichung gefunden wurde, waren ohne Coma. Einseitige Symptome — Krämpfe, Lähmung, conjugirte Pupillenablenkung können nicht durch intraventriculären Druck bei doppelseitiger tuberculöser Meningitis erklärt werden. Auch die bisweilen vorhandenen doppelseitigen Convulsionen können nach M. nicht durch Druck

erklärt werden, weil traumatische Compression gewöhnlich auch keine mache. Bei traumatischer Compression besteht Pulsverlangsamung, bei der tubercul. Meningitis hauptsächlich nur im ersten Stadium, später wenn Schläfrigkeit und Coma beginnen, tritt Pulsbeschleunigung ein. Unter 6 Malen notirte M. 5 Mal Pupillenerweiterung, was auch bei traumatischer Compression nicht immer der Fall ist. M. kommt zum Schluss, dass die schweren Symptome wahrscheinlich nicht durch den Druck veranlasst sind. Indessen haben die 4 operirten Fälle einen Einfluss der Operation gezeigt; die letztere ist unschädlich, kann im comatösen Zustande ohne Narcose gemacht werden; kann vielleicht das Leben verlängern, das der Allgemein-Erkrankung erliegt.

R. Wichmann (Braunschweig).

---

185) **Jansen** (Berlin): Ueber otitische Hirnabscesse.
(Berl. klin. Wochenschrift 1891 Nr. 49.)

Im Anschluss an den Vortrag von Baginsky u. Gluck (cfr. pg. 218) veröffentlicht J. einige Fälle aus der Universitäts-Ohrenklinik zu Berlin. Der erste von diesen beweist, dass auch weitgehende Besserungen nach der Operation von Gehirnabscessen recht trügerisch sein können.

Ein 46jähriger Locomotivführer bekam plötzlich Schwerhörigkeit und Sausen auf beiden Ohren; unter Schmerzen im rechten Ohr bildete sich eine Anschwellung am Warzenfortsatze, die wieder zurückging, aber die Schmerzen wurden immer heftiger, strahlten in die ganze rechte Kopfhälfte, besonders in die Stirn und Schläfe aus und wurden schliesslich ganz unerträglich, während eine erneute Anschwellung des Warzenfortsatzes mit Schwindelgefühl und Uebelkeit auftrat; dabei deutliche Abnahme des Gedächtnisses. Nach Aufmeisselung des Warzenfortsatzes (ziemlich grosses Empyem) wurden die rechtsseitigen Kopfschmerzen zwar etwas geringer, nach einigen Tagen begannen nach einander Schwindelerscheinungen, leichte Schwäche des linken Armes, des linken Facialis und des linken Beines sich zu zeigen. Nachdem in den nächsten 8 Tagen diese Lähmungserscheinungen unter vielfachem Wechsel allmählig zugenommen hatten, trat Somnolenz, Verschlechterung des Gehörs und Erbrechen hinzu. Kein Fieber, keine Pulsverlangsamung, keine Stauungspapille.

Dr. Oppenheim constatirte mässige Benommenheit, conjugirte Deviation der Augen und des Kopfes nach rechts (die Fähigkeit, Augen und Kopf nach links zu drehen, erhalten, aber erschwert), auf der linken Seite Hemiparese (fast völlige Lähmung des linken Armes), leichte fibrilläre Zuckungen im Facialisgebiet, deutliche Hemianopsia homonym., Hemianästhesie resp. Hypästhesie für Berührung, Schmerz und Lageempfindung und geringe Steigerung der Sehnenphänomene. Daraufhin diagnosticirte er einen Hirnabscess im Schläfenlappen nahe dem Tegmen tympani mit der Wachsthumsrichtung nach innen vorn oben und erklärte die Ausfallerscheinungen durch ödematöse Durchtränkung der Hirnsubstanz und Hyperämie im Bereiche des hinteren Schenkels der inneren Kapsel und des Pulvinar. — Die Trepanationsöffnung wurde in der Grösse eines Zweimarkstückes oberhalb des Randes des Gehörganges angelegt und inmitten der freigelegten Dura ein Trocart etwa 2 cm tief in der Richtung nach innen vorn oben eingestochen, wobei sofort reichlicher rahmiger und geruchloser Eiter (etwa ein Esslöffel

voll) aus dem Trocart hervorquoll. Nach der Operation gingen alle Erscheinungen allmählich zurück. Nach 2 Monaten wurde der Patient als geheilt entlassen und reiste nach Haus. Aber bald erkrankte er wieder an Appetitlosigkeit und Erbrechen, die Sprache wurde schwerfälliger, es traten unter Bewusstlosigkeit linksseitige Lähmungen ein mit Vorwölbung und starker Pulsation der Narbe, nach deren Eröffnung (es entleerte sich nur etwas röthlich braun gefärbte Hirnmasse) die Erscheinungen für einen halben Tag zurückgingen, ohne den Tod aufzuhalten. — Ob es sich um eine neue Abscessbildung in der Narbe oder um einen zweiten bis dahin latenten Abscess handelte, lässt J. unentschieden.

Der 2. Fall betraf einen 34jährigen Mann, welcher seit der Kindheit (nach Masern) an geringem aber sehr fötidem, linksseitigem Ohrenlaufen gelitten hatte und am 15. Juni 1891 plötzlich unter Fieberfrost (Temp. 39^0) mit Erbrechen, heftigem Kopfschmerz und Delirien erkrankte. Am Tage völlig freies Sensorium. 2 Tage später grosse Aufgeregtheit, leichte Unbesinnlichkeit für einzelne Worte, Schläfrigkeit, drückender Schmerz am Scheitel. Dann fiel das Fieber, der Patient konnte ausgehen, fühlte sich aber matt, versank sich selbst überlassen in leichte Apathie, sagte vieles zweimal, konnte sich auf gewisse Worte nicht besinnen, verwechselte manche Worte und klagte über heftigen Druck am Scheitel. Nach einigen Tagen wurde er wieder sehr unruhig, delirirte, versank in Somnolenz, schliesslich in völliges Coma, und nachdem er noch eine rechtsseitige Hemiplegie bekommen hatte, starb er am 1. Juli.

Bei der Section zeigten sich die Gyri stark abgeplattet, die Sulci fast verstrichen, der linke Schläfenlappen bedeutend vergrössert und prall gespannt durch einen grossen, mit grünem, fötidem Eiter erfüllten unmittelbar am Tegmen tympani unter der verfärbten Dura liegenden und mit ihr verwachsenen Abscess (mit Abscessmembran), rings um den Abscess eine breite Zone weicher, leicht zerfliesslicher Hirnsubstanz, der Boden des linken Ventrikels durch den Abscess weit vorgewölbt, zwischen Dura und dem mit derselben verwachsenen cariosen und fistulosen Tegmen tympani nur Spuren von Eiter.

Im 3. Falle, den J. anführt, handelt es sich nicht um einen eigentlichen otitischen Abcess, sondern um einen metastatischen Abscess im Hinterhauptslappen, welcher erst secundär eine Erkrankung des Schläfenbeines herbeiführte.

Sehr interessant ist die Uebersicht über die otitischen Hirnabscesse, welche in den letzten $2^1/_2$ Jahren in der Ohrenklinik beobachtet worden sind. Bei 5000 eitrigen und entzündlichen Processen des Mittelohrs und bei einem operativen Material von 354 Aufmeisselungen des Warzenfortsatzes entstanden siebenmal Hirnabscesse und zwar kommt ein acuter Hirnabscess auf 2650 acut entzündliche und eitrige Mittelohrerkrankungen (mit 149 Aufmeisselungen des Warzenfortsatzes) und 6 chronische Hirnabscesse auf 2500 chronische Otorrhoen (mit 206 Aufmeisselungen des W.) Die Hirnabscesse wurden 4 mal auf der rechten, 3 mal auf der linken Seite gefunden und 4 mal im Kleinhirn, 3mal in Schläfenlappen. Die Kleinhirnabscesse waren 3 mal mit Thrombose combinirt und zwar des Sin. transv. 1 mal, des Sin. petr. sup. 1 mal und der Vena aud. int. 1 mal. Ebenso

war ein Schläfenlappenabscess von Thrombose des Sin. transv. begleitet. Sämmtliche Hirnabscesse lagen dicht über resp. hinter dem erkrankten Schläfenbein, in 4 Fällen in unmittelbarem Zusammenhang mit dem Empyem durch Fisteln oder gangränöses Gewebe, in einem Falle durch die Thrombosirte Ven. audit. interna und den eitrig infiltrirten Acusticus. Nur bei einem chronischen und bei dem acuten Hirnabscess fehlte der directe Zusammenhang mit dem Eiterherde im Schläfenbein.

Was die extraduralen Eiteransammlungen betrifft, so wurden bei 149 Aufmeisselungen wegen acutem Empyem des Warzenfortsatzes 49 mal Pachymeningitis ext. supp. (vorwiegend im Verlaufe der Sinus) gefunden, während bei chronischen Mittelohrerkrankungen die Eiteransammlungen sich 32 mal zeigten und sich nahezu gleichmässig auf die untere Fläche des Schläfenlappens wie auf das Kleinhirn vertheilten. Der acuten Form scheint eine wesentliche Bedeutung für die Entstehung der Hirnabscesse nicht zuzukommen, wohl aber der schleichenden Form der chronischen Pachymeningitis.

In allen chronischen Fällen bestand der Abscessinhalt aus sehr fötidem grünem Eiter und zeigte eine Kapsel, die Abscesse waren stets von einer mehr oder weniger breiten Zone ödematöser zerfliesslicher Hirnsubstanz umgeben. Die Kleinhirnabscesse waren sämmtlich von einer Erkrankung des Labyrinths begleitet. Alle Patienten mit chronischem Hirnabscess waren aus voller Gesundheit heraus plötzlich erkrankt. Der Verlauf war in allen Fällen bis auf einen fieberhaft und sehr rasch (7 bis 20 Tage). Die Todesursache konnte nie in einem Durchbruch in den Ventrikel oder in die Meningen gefunden werden.

Die ersten Symptome waren stets Kopfschmerzen, in 4 Fällen mit Erbrechen verbunden. Im weiteren Verlauf wurde immer Erbrechen beobachtet, einigemal mit Schwindel zusammen. Das Sensorium war in 6 Fällen benommen, bei einem Kleinhirnabscess frei. Bei 2 Kranken (Schläfenlappenabscess) wurde früh Gedächtnissschwäche, bei einem (Schläfenlappenabscess) von vornherein grosse Unruhe bemerkt. In allen Fällen von Kleinhirnabscess (aber auch bei extraduralen Eiteransammlungen in der hinteren Schädelgrube) bestand ein mehr oder minder ausgeprägter Grad von Nackensteifigkeit. Pulsverlangsamung war nur in 2 Fällen von Hirnabscessen am 3. Tage vorhanden (60 Schläge), bei den übrigen schwankte der Puls zwischen 72 und 100 (trotz beträchtlicher Eiterherde).

Die percussorische Empfindlichkeit würde bei den darauf untersuchten Kranken vermisst. In einem Fall von Kleinhirnabscess bestand Stauungspapille, ausgeprägter auf der erkrankten Seite; einmal war auch die Pupille der erkrankten Seite grösser. Ausfallserscheinungen kamen nur bei den 3 Kranken mit Schläfenlappenabscess zur Beobachtung und zwar motorischen, sensibeln, aphatischen Characters je 2 mal, und 1 mal als Hemianopsie.

Bezüglich der weiteren zum Theil sehr interessanten Détails muss ich auf das lesenswerthe Original verweisen.

Hoppe (Allenberg).

186) **A. Baginsky** und **Th. Gluck:** Ein Fall von geheiltem Schläfenlappenabscess.

(Vortr. in der Berl. Med. Gesellsch. am 28. November 1891.)

Der Abscess im Schläfenlappen wurde diagnosticirt, obgleich keines der von Bergmann u. a. aufgestellten Herdsymptome vorhanden war. Es handelte sich um einen 7jährigen Knaben, welcher, nachdem vergebliche Versuche gemacht worden waren, eine in das Ohr eingedrungene Erbse zu entfernen eine Ohreiterung bekommen hatte. Nachdem die Granulationen in der Tiefe des Ohres und die Erbse entfernt worden waren, entleerte sich noch einige Tage Eiter aus der Paukenhöhle (Trommelfellperforation). 2—3 Wochen später zeigten sich mit Kopfschmerzen verbundene fieberhafte Erscheinungen, und plötzlich trat ein klonischer Krampfanfall mit partiellem Bewusstseinsverlust auf. Es wurde nun etwas verlangsamter und unregelmässiger Puls, lebhafte Kopfschmerzen auf der dem verletzten Ohre entsprechenden Kopfseite, geringe kahnförmige Einziehung des Leibes, geringe Zuckungen in beiden Händen und Füssen mit mässigem Opisthotonus und geringe Somnolenz constatirt.

Dieser Symptomencomplex wiederholte sich öfter und führte schliesslich wegen des Verdachtes einer beginnenden Meningitis zur Aufnahme des Knaben in das Kinderkrankenhaus. Während in den ersten 10 Tagen nichts ein ernstes cerebrales Leiden vermuthen liess, begann mit Verengerung der linken Pupille, Unregelmässigkeit und Verlangsamung des Pulses ein sichtlicher Verfall des Knaben, welcher zunächst nur über allgemeine Kopfschmerzen klagte, nach einigen Tagen aber eine grössere Schmerzhaftigkeit auf der linken Schläfenseite (bei leichtem Anschlage) empfand. Unter vielfachem Wechsel wurden die (diffusen) Kopfschmerzen heftiger, der Schlaf schlecht, das Aussehen des Kindes immer elender; schliesslich lag das Kind mit an den Leib gezogenen Extremitäten, Opisthotonus, unregelmässigem und (bis auf 48) verlangsamtem Pulse in tiefer Somnolenz da und schrie von Zeit zu Zeit heftig auf.

Dass es sich um einen Schläfenlappenabscess handelte, vermuthete B. abgesehen von der Aetiologie aus einem analogen Falle bei einem Kinde mit Caries des Felsenbeines, bei welchem zuerst nur leichte cerebrale Symptome (Kopfschmerzen, Erbrechen, etwas Unregelmässigkeit des Pulses) constatirt wurden und auch nach zweimaliger Operation am Felsenbein (bei welcher man auf Eiter stiess) keine Besserung eintrat. Das Kind bot nach den Operationen genau das Bild wie in dem vorliegenden Falle; es lag mit benommenem Sensorium, mit Nackencontractur, mit ungleichen Pupillen und unregelmässigem Pulse in sich zusammengezogen da und liess von Zeit zu Zeit dieselben eigenthümlichen Schreie ertönen. Ausserdem bestanden exquisite Schmerzhaftigkeit beim Beklopfen der linken Schläfengegend und Zuckungen im linken Facialis neben linksseitiger Otorrhoe. Die Section ergab einen ausgebreiteten Schläfenlappenabscess, welcher in die Ventrikel durchgebrochen war.

Bei der Trepanation, welche Gluck auf dem nach v. Bergmann abgesteckten Operationsfelde vornahm, entleerte sich nach Spaltung der Dura zunächst nur eine reichliche Menge von Liquor cerebro-spinalis, nach einem tiefen etwa $2^1/_2$ cm langen Einschnitt in den (linken) Schläfenlappen aber

etwa 100 gm. grünlich schillernden Eiters. Die etwa gänseeigrosse Höhle wurde mit Jodoformgaze fest austamponirt, von einem osteoplastischen Verschluss des Defects aber ebenso wie von der Naht mit Rücksicht auf die Eiterung Abstand genommen. Schon am nächsten Tage fühlte sich der Knabe völlig munter und wohl. Kopfschmerz, Erbrechen, Pupillendifferenz, Somnolenz war geschwunden, der Puls von 48 auf 72 Schläge gestiegen. Während aber im ganzen Verlaufe der schweren Hirnerkrankung kein Herdsymptom beobachtet worden war, trat jetzt eine höchst bemerkenswerthe Erscheinung auf. Abgesehen von einer leichten, linksseitigen Facialislähmung, die bald verschwand, zeigte sich die Eigenthümlichkeit, dass der Knabe Worte, welche man ihm sagte, lange Zeit continuirlich wie automatisch wiederholte; sprach man ihm Sätze vor, so wiederholte er wohl auch ein einzelnes Wort daraus mitunter 20, 30, 40 mal. Diese Erscheinung verschwand prompt um nie wieder aufzutreten, als es 4 Tage nach der Operation nicht mehr gelang, den Tampon in die Gehirnhöhle (wegen fortgeschrittener Verklebung der Wandungen) einzuschieben. „Der Tampon, in die Markmasse des linken Schläfenlappens fest eingeschoben bei offener Schädelkapsel, konnte keine Allgemeinerscheinungen bedingen, veranlasste aber mit der Exactheit des physiologischen Experimentes Reizerscheinungen derjenigen um die Fossa Sylvii gelegenen Rindenfelder und der Broca'schen Stelle, welche bei pathologischen Processen die verschiedenen Formen der Aphasie veranlassen.“ (Gluck).

Den tödtlichen Ausgang in dem Falle des oben erwähnten Kindes sucht G. dadurch zu erklären, dass der Abscess jedenfalls näher dem Seitenventrikel lag und daher ein Durchbruch erfolgte, bevor ein chirurgischer Eingriff beschlossen werden konnte, während in dem vorliegenden Falle der Abscess relativ näher der Hirnoberfläche lag.

G. hat übrigens das Symptom des localisirten Schmerzes und der Druckempfindlichkeit des Schädels am Orte der Erkrankungen auch in einem Falle von linksseitigem Cerebellarabscess nach chronischer Otorrhoe beobachtet; ausserdem bestanden gekreuzte Lähmung, Kopfschmerzen, Schwindel, Erbrechen und hohes Fieber. Es gelang nicht mit dem Explorativtrocart, welcher in der Richtung des linken Kleinhirns eingestossen wurde, Eiter zu entleeren. Die Section ergab einen linksseitigen nicht abgekapselten Cerebellarabscess, welcher bereits den Wurm ergriffen und eine eitrige Infiltration des rechten Cerebellums hervorgerufen hatte. 2 Fälle von ausgedehnter Jauchung zwischen Dura und Knochen nach chronischer Otorrhoe, welche G. kurz erwähnt, und 2 Fälle von traumatischen Hirnabscessen (nach Schussverletzungen), welche G. genauer anführt, sind im Original nachzulesen.

Hoppe (Allenberg).

---

187) Dr. **Henry Noyes** (New-York): „Hemianopsia“.
(The Medic. Record 4. April 1891.)

Verf. bemüht sich, auf Grund eigner und fremder Beobachtungen durch ein genaueres, mehr kritisches Studium der Sehstörungen zu einer grösseren Genauigkeit in der Hirnlocalisation zu kommen. Er fasst das, was er gefunden, in folgende Hauptsätze zusammen:

1. Es herrscht bei der Hemianopsie keine Uebereinstimmung in der genauen Feststellung der Grenze zwischen den blinden und sehenden Theilen der Gesichtsfelder.
2. In gewissen Fällen von doppelseitiger homonymer Hemianopsie bleibt ein kleines, cerebrales, 2 oder 3 Grad im Durchmesser haltendes Feld in jedem Auge bestehen.
3. Sectorielle, homonyme Defecte haben ihren Ursprung höchst wahrscheinlich in der Rinde des lob. occipit., gewöhnlich in der Nähe des Cuneus; in diesen Fällen können, mit Ausnahme möglicherweise von Agraphie, Seelenblindheit, Alexie, andere characteristische Symptome fehlen.
4. Sectorielle Defecte können in der subcorticalen Substanz des lob. occipit. ihren Ursprung haben, aber die Grenzen des defecten Theils der Felder können nicht so genau bestimmt werden, als bei der vorigen Art; auch ist der Verlust der Lichtempfindung weniger vollkommen, ja es können hier sogar unregelmässige Flecke, wo Licht empfunden wird, untermischt mit blinden Stellen vorkommen. Ist in diesen Fällen Hemiplegie, Hemianästhesie u. s. w. vorhanden, so sitzt die Läsion nahe dem vordern Theile der Gratiolet'schen visuellen Ausstrahlung.
5. Sectorielle Defecte, Quadranten oder andere Figuren können Folge von Läsionen des tract. optic. sein, werden aber zugleich mit andern, auf Erkrankung der Schläfenlappen oder der Basis deutenden Symptomen, wie Paralyse, Anästhesieen u. s. w. auftreten. In diesen, wie überhaupt in allen Fällen von Erkrankung des Tractus ist die blinde Stelle licht-, farben- und formenblind.
6. Verlust des Farben- oder Formensinnes mit Erhaltung des Lichtsinnes läst auf directe oder indirecte Läsion der Rinde des Sehcentrums, schliessen.
7. Hemianopische Pupillen-Unthätigkeit deutet auf Sitz der Erkrankung in den mittleren Gehirnganglien oder auch vor denselben, im Tractus, Chiasma oder n. optic.
8. Es ist sicher, dass zwischen dem cerebralen Sehcentrum und der Netzhaut ein topographischer Zusammenhang besteht, der bestimmt und bis ins Kleinste geht; so correspondirt (nach einem von H u n beschriebenen Falle) der tiefere Theil des cuneus mit dem obern Theile der entgegengesetzten Hälften der Netzhäute. V o i g t.

---

188) **Koenigsdorf.** Ein neuer Fall von acuter hämorrhagischer Encephalitis während der jetzigen Influenzaepidemie.

(Deutsch. med. Wochensch. 1892 Nr. 9.)

Das von Strümpell, Senator, Fürbringer und Leichtenstern in den letzten Jahren beschriebene Krankheitsbild der acuten hämorrhagischen Encephalitis erhält eine neue klinische Bereicherung durch einen vom Verfasser im Krankenhaus Friedrichshain beobachteten Fall. Es handelt sich um ein 21jähriges, kräftiges, blühendes Mädchen, welches im besten Wohlsein unter unbestimmten Symptomen erkrankt, nach 4 Tagen bewusstlos wird. Nachdem sie in das Krankenhaus geschafft worden ist, constatirt man neben mässigem Fieber und Trismus eine Hemiplegie der rechten oberen

und unteren Extremität, die schliesslich zu einer totalen wird. Unter zunehmender Herzschwäche und sehr frequenter Respiration geht die Patientin im Coma zu Grunde. — Die Section ergiebt ein ganz gesundes Herz, Milz etwas vergrössert, sehr weich, die übrigen Organe gesund.

Der Hirnbefund lautet: Nach Eröffnung des Schädels zeigt sich die Dura nirgends adhärent, die Venen strotzend gefüllt mit dunkelrothem Blute. Sinus transversus ist thrombosirt. Pia zart, vollständig durchsichtig und klar, ihre Venen stark gefüllt; eine der grösseren an der Basis der rechten Hemisphäre auf eine 10 Ctm. lange Strecke thrombosirt, die Pia leicht abziehbar; die Hirnarterien völlig normal, nirgends eine Embolie nachweisbar. Gehirnsubstanz der Hemisphären besonders linkerseits auffallend weich, Gyri breit, Sulci schmal. Die Seitenventrikel sind von normaler Weite, ihre Wände sind durchweg mit kleinen herdweise angeordneten Haemorrhagien durchsetzt. Nach Durchschneidung der Centralganglien zeigt sich die weisse Substanz in ganzer Ausdehnung der inneren Kapsel, Thalamus opticus sowie in einzelnen nach der Rinde hin gelegenen Partieen diffus blass citronengelb verfärbt und mässig erweicht. Auch hier sieht man Blutungen aller Art. Die untere Partie des Balkens sowie die weisse Substanz des Schwanzkerns zeigt besonders deutlich in trauben- und strahlenförmiger Anordnung tiefrothe Haemorrhagieen. Der linke Thalamus opticus zeigt einen grossen rothen Erweichungsherd, der aus leicht zerfliessendem, breiigem Blutgerinsel und zertrümmerter Hirnsubstanz besteht. Ein weiterer in Bildung begriffener Erweichungsherd befindet sich im hinteren Theile des Schwanzkerns. Die rechtsseitigen Centralganglien sind gesund, ebenso die Theile an der Basis, Oblongata und Kleinhirn. Die Gehirnrinde ist intact.

Verfasser setzt zum Schluss noch auseinander, warum er in diesem Falle die Influenza als Ursache ansieht. Peltesohn.

---

189) Dr. **S. Auerbach.** Ueber einen Fall von Hemiplegia cerebralis nach Diphtherie.

(Deutsch. med. Wochenschr. 1892 Nr. 8.)

Ein 7jähriges Mädchen erkrankt an Diphtherie, im Verlaufe derselben an Gaumensegellähmung, Nephritis, Oedem des Gesichtes und Erbrechen. Am 8. Tage nach Beginn der Nephritis treten Krämpfe uraemischen Charakters auf; es besteht völlige Anurie, der Puls ist stark gespannt und schlägt 120 mal in der Minute. Am nächsten Tage ist der rechte Mundwinkel nach rechts verzogen, die linke Wange und das Kinn sind bewegungslos. Stirnast des linken Facialis ist frei. Völlige motorische Lähmung der ganzen linken Körperseite. Sensibilität ist links nicht gestört. Diagnose: Hämorrhagie in den vorderen zwei Dritteln des hinteren Schenkels der capsula interna.

Die Lähmungserscheinungen bessern sich unter electrischer Behandlung grössten Theils.

Den Verfasser scheinen schliesslich selbst einige Zweifel anzuwandeln, ob es sich hier wirklich um eine directe Folge der Diphtherie oder nicht vielmehr um die schädliche Wirkung der Urämie handeln dürfte.

Peltesohn.

---

190) **Rossolimo** Recherche expérimentale sur les voies motrices de la moëlle épinière.

(Arch. de Neurologie 1891 Juillet-Septembre.)

Die Resultate der Untersuchungen an Thieren (Hemisection des Rückenmarks) sind folgende: Das Wiederauftreten von willkürlichen Bewegungen in dem nach Hemisection des Rückenmarks gelähmten Gliede beruht auf dem Vorhandensein von Nervenbahnen, die auf der nicht lädirten Seite des Rückenmarks verlaufen, und zwar in seiner ganzen Länge von der Pyramidenkreuzung bis zum Niveau der austretenden Wurzeln, woselbst sie auf die Seite der Laesion übergehen. Otto.

191) **Charcot.** Sur un cas de paralysie radiculaire de la première paire dorsale, avec lésion hémilatérale de la moëlle, d'origine traumatique simulant la syringomyelie.

(Arch. de Neurologie 1891. September.)

Alte Schussverletzung in der Gegend der ersten Dorsalwurzel. An der Innenseite des rechten Armes ist in einer langen schmalen Zone keine Schmerz- und Temperaturempfindung, dagegen tactile Sensibilität vorhanden. Daneben besteht eine leichte Atrophie am Vorderarm, eine stärkere am Daumenballen, den Interossei mit Entartungsreaction. Der linke Arm ist gesund. An dem rechten Bein besteht Steigerung der Sehnenphänomene, spastische Paralyse. Links sind die Erscheinungen schwächer. Dagegen ist am linken Bein und am linken unteren Rumpfgebiet Dysästhesie vorhanden. Skoliose. Rechts ist die Pupille eng, der Bulbus retrahirt und das Gesicht abgeplattet. Die Erscheinungen, welche Aehnlichkeit mit denen der Syringomyelie haben, sind zurückzuführen auf Störungen, welche die frühere Schussverletzung in der Gegend der ersten Dorsalwurzel mit Ramus communicans und der anliegenden Rückenmarkshälfte hervorgerufen hat. Die betheiligten Gebiete des rechten Armes beziehen aus genannter Wurzel ihre Fasern. Ein chirurgischer Eingriff wurde gemacht und Knochenverdickung constatirt. Im übrigen liess sich keine Besserung erzielen. Otto.

192) **F. P. Nichols.** Lesion of cervical Enlargement (Verletzung der Cervicalanschwellung).

(The Brit. medic. Journal 24. October 1891.)

Ein Mann M. S. macht den Kopfsprung ins Wasser und stösst mit dem Kopf auf den Grund. Er wird mit partieller Lähmung der Arme und Beine, mit starker Hyperästhesie der Arme, Zwerchfellathmung, engen Pupillen, aufgehobenen Reflexen ins Spital gebracht. Am folgenden Tag stellt sich die Motilität der Beine wieder her. Der 7. und 8. Cervical- und 2. Dorsal-Wirbel sind druckempfindlich. Gelähmt waren die Extensoren und Flexoren der Finger, die innern Muskeln der Hand, die Flexoren des Handgelenks, die Extensoren und Pronatoren der Vorderarme. Ferner bestand Parese der Intercortalmuskeln; Hyperästhesie der Hände und Vorderarme; Fehlen der Reflexe; Urinretention, Priapismus.

Es tritt Besserung ein. Zuerst geht die Parese der Intercostales zurück. Die Arme bessern sich innerhalb 14 Tagen von oben nach abwärts. Das Gefühl für heiss und kalt stellt sich unter Prickeln an der innern

Seite beider Arme und am Rumpf von der 3. rechten und 7. linken Rippe abwärts wieder ein. Später tritt ein geringer Grad von Contractur in den am stärksten afficirten Muskeln auf.

N. meint, es handelt sich um eine Hämorrhagie in dem unteren Theil der Cervicalanschwellung; er localisirt den Sitz der Blutung in die Höhe des 7. und 8. Cerv. und 1. Dors. Segmentes (Flexoren und Extensoren der Finger, innere Handmuskeln, Beuger des Handgelenks); sowie in geringerem Grade im 6. und 7. Cerv. Segment (Extensoren des Handgelenks, und des Ellbogens, Pronatoren des Vorderarms).

R. Wichmann (Braunschweig).

---

193) Prof. Dr. **J. Arnold.** Ueber „combinirte" Erkrankung der Stränge des Rückenmarks.

(Virchow's Archiv Bd. 127 Heft 1.)

56jähriger Tagelöhner erkrankt an Rheumatismus in den Beinen, die bald spastisch gelähmt werden. Sehnenreflexe an Armen und Beinen hochgradig gesteigert. In den Armen Parese und geringe Ataxie. Aufhebung der Hautreflexe, Herabsetzung des Temperatursinnes, Ortsinnes, der Schmerzempfindung; Tastgefühl und Druckempfindung ziemlich normal. Muskelsinn völlig erloschen; Cerebrale Symptome fehlen. Anämie und Herzschwäche; stirbt im Collaps nach ca. 1jährigem Leiden.

Die Untersuchung des Centralnervensystems ergab: Degeneration der Pyramidenseitenstränge, auf die Kleinhirnseitenstränge übergreifend, aber die Grenzschicht zwischen Hinterhorn und Seitenstrang freilassend, durch das ganze Rückenmark; über der Halsanschwellung nimmt der Process schnell an Intensität und Ausdehnung ab. Pyramidenvorstrangbahn vom Lendenmark bis über die Halsanschwellung ebenfalls degenerirt. In den Hintersträngen sind im Wesentlichen der Goll'sche Strang und die angrenzende Partie des Burdach'schen beiderseits fleckig degenerirt. Die hinteren Wurzeln enthalten im Dorsalmark degenerirte Fasern. Graue Substanz normal. In den degenerirten Partieen der weissen Substanz des Rückenmarkes strotzend mit Blut gefüllte Gefässe, deren Scheiden mit Rundzellen stark infiltrirt waren, also Veränderungen, die als entzündliche aufzufassen sind. Verf. wirft die Frage auf, ob derartige Fälle, in denen ausser den Hintersträngen noch andere Bahnen erkrankt sind, der Tabes zuzurechnen sind und möchte dann neben der einfachen Tabes noch eine spastische und eine paraplegische Form unterscheiden.

Dr. Feist.

---

194) **Paul Schwerin** (Berlin): Ueber nervöse Nachkrankheiten der Kohlendunstvergiftung.

(Berl. klin. Wochenschr. 1891 Nr. 45.)

Nach Kohlendunstvergiftung sind die mannigfachsten nervösen Nachkrankheiten beobachtet worden: Sensibilitätsstörungen, Lähmungen, Neurosen, Trophoneurosen, Psychosen, Neuritiden, Hirn- und Rückenmarkskrankheiten. Nachdem S. unter Anführung der bemerkenswerthesten Fälle aus der Casuistik eine Uebersicht dieser Störungen gegeben, beschreibt er einen Fall von peripherer Lähmung, welchen er in der Klinik des Prof. Senator beobachtet hat.

Der Fall betraf einen Epileptiker, welcher mit seiner Frau am Morgen bewusstlos aufgefunden und in die Klinik transferirt worden war. Der Mann klagte über Kopfschmerzen, sowie über Taubheit und Schwäche im rechten Arm. Die grobe Kraft derselben zeigte sich deutlich vermindert, der Temperatursinn im rechten Arm und rechten Bein herabgesetzt. Gleichzeitig bestand Glycosurie. Nach einigen Tagen waren die Störungen geschwunden.

S. meint, dass diese und ähnliche Fälle auf neuritischen Störungen beruhen, welche er als Drucklähmungen (in Folge von Aufliegen des bewusstlosen Kranken auf der betreffenden Extremität) auffasst. Ref. kann jedoch dieser Auffassung der peripheren Lähmungen nach Kohlendunstvergiftung als accidentieller Vorkommnisse, welche S. für einfacher und ungezwungener hält als die Annahme einer specifischen Wirkung des Kohlenoxyds, nicht beistimmen; er hält gerade das Umgekehrte für richtig. Wenn man die Casuistik genauer durchstudirt und allerlei neuritische Störungen an Stellen findet, wo der Kranke sicher nicht aufgelegen hat, wenn solche bei einem und demselben Kranken zugleich auf der Brust und auf der Hinterbacke vorkommen, wenn Zosterbläschen sowohl im Verlauf des Ischiadicus als im Verlauf des Trigeminus beobachtet werden, ist es nicht erklärlich, wie man alle diese Störungen auf eine Druckwirkung zurückführen will. Fasst man ausserdem die Störungen des Centralnervensystems (Encephalomalacie, schwere Psychosen, multiple Sclerosen) ins Auge, so ergiebt sich der Zusammenhang zwischen allen diesen Störungen in der gewiss berechtigten Annahme, dass die nervöse Substanz durch das Kohlenoxyd ähnlich wie durch andere Gifte angegriffen wird und alle möglichen Störungen erleidet.

Hoppe (Allenberg).

---

195) **W. R. Gowers** M. D., F. R. S. A case of anterior Poliomyelitis and Multiplee Neuritis.

(Separatabdruck von clinical Society's Transactions Vol. XXIV.)

Ein 7jähriger Junge erkrankte nach einem kalten Bade an Poliomyelitis acuta anterior. Der linke Arm war gänzlich gelähmt, ebenso der rechte Oberarm und die rechte Schulter. Nach einer Woche begann die Atrophie der gelähmten Muskeln und der Verlust ihrer faradischen Erregbarkeit. Von Beginn der Lähmung an bestand eine Schmerzhaftigkeit der Nervenstämme in allen Extremitäten. Nach einigen Wochen verschwand diese, doch nahm die Atrophie der gelähmten Muskeln bedeutend zu und ward schliesslich dauernd. Eine Woche nach Beginn der Erkrankung wurde das Kniephänomen beiderseits verstärkt und es war auch deutlicher Fussklonus vorhanden. Verf. schliesst aus dieser Beobachtung, dass es sich um eine Poliomyelitis anterior acuta cervicalis mit Uebergreifen des entzündlichen Processes auf die Seitenstränge und gleichzeitige Multiple Neuritis und zwar Perineuritis gehandelt habe.

Er scheidet die Multiple Neuritis in zwei Kategorieen: in eine parenchymatoese und adventitielle. Die erste nimmt ihren Anfang von der Peripherie und macht starke functionelle Störungen. Bei der letzteren werden die Nerven in ihrem Verlauf befallen, die entzündlichen Erscheinungen der Nervenscheide beherrschen das Bild und die Fasern leiden erst secundär

und auf unregelmässige Art. Parenchymatöse Neuritis tritt multipel und symmetrisch auf (die multiple Neuritis durch Alcohol oder Metallintoxication ist für sie ein typisches Beispiel).

Adventitielle Neuritis tritt gewöhnlich in einzelnen Nerven auf (bei Gicht und bei Erkältung); doch kommt sie auch multipel vor, so bei Lepra. Parenchym. Neuritis entsteht sicher durch eine toxische Blutbeschaffenheit; eine derartige Aetiologie ist aber für die advent- Form sehr zweifelhaft.

Multiple Neuritis entsteht durch eine Infection durch specifische Mikroorganismen. Verf. glaubt, dass die adventitielle Form dieser Nervenentzündung durch die Mikroorganismen selbst, die parenchymatöse aber durch ein durch diese producirtes Gift entstände. Dr. Feist.

---

196) **Carlsen J.** (Statistiske Undersögeser angaaende Aemdssvage i Danmark 1888/89. (Statistische Untersuchungen über Idioten und Schwachsinnige in Dänemark). Kopenhagen 1891.

Das Ministerium für Kirchen und Unterrichtswesen setzte am 15. Nov. 1888 eine Commission ein, welche die Verhältnisse der Taubstummen und Schwachsinnigen untersuchen und Vorschläge für eine Verbesserung der Fürsorge für diese Individuen einzusenden hatte. Das von dieser Commission gesammelte statistische Material wurde dem Verf. zur Bearbeitung übergeben, und das Resultat dieser Bearbeitung ist in vorliegendem ausgezeichneten Werk, das auf dem internationalen Congress für Hygiene und Demographie in London 1891 präsentirt wurde, niedergelegt. Die Abhandlung ist in dänischer Sprache verfasst, jedoch ist jedem Kapitel eine verkürzte Wiedergabe in englischer Sprache beigefügt.

Das statistische Material ist in der Weise gesammelt worden, dass an alle Geistlichen der Staatskirche ausserhalb Kopenhagens Fragebogen geschickt wurden, die sie mit Hilfe der Schullehrer ausfüllen mussten. In Kopenhagen wurden dieselben Fragebogen in jedem einzelnen Haus vertheilt. Die eingelaufenen Antworten waren, was die Hauptstadt betrifft, höchst mangelhaft, wie der Verf. nachweist. Dagegen liegt aus den Provinzen werthvolles Material vor, wenngleich sich auch hier Mängel fühlbar machen. Jedenfalls ist es das beste Material, das man erlangen konnte, und das beste, das überhaupt bis dato von irgendwoher vorliegt. Der grösste Fehler ist darin gemacht worden, dass sehr viele Schwachsinnige leichteren Grades unter 8 Jahren, sowie Erwachsene übersehen worden sind. So sind z. B. nur 471 Schwachsinnige unter 9 Jahren angegeben worden, während in Wirklichkeit nach den vom Verf. angestellten Berechnungen 10—1300 vorhanden waren.

Die ganze Zahl von Geistesschwachen, die das Material umfasst beträgt 3907 (2128 männlichen Geschlechts 1772 weiblichen Geschlechts und 7 ohne Angabe des Geschlechts) während die wirkliche Zahl der Geistesschwachen in Dänemark auf 5—6000 angeschlagen werden kann. Der Quotient der Geistesschwachen für Dänemark ist danach mindestens 8 auf 10000 Einwohner (wahrscheinlich sogar 25 auf 10000). Untersucht man die einzelnen Altersklassen, so zeigt sich, dass der Quotient vom Säuglingsalter schnell bis zu einem Maximum von 40 auf 10000 aufsteigt, das für die Altersklasse von 10—14 Jahren gilt; übrigens hat man Grund anzu-

nehmen, dass in Wirklichkeit der Quotient sein Maximum in den ersten Lebensjahren hat und durch alle folgenden Altersklassen abnimmt. Mit Rücksicht auf das Verhältniss der beiden Geschlechter ist es zweifelhaft, ob zwischen denselben ein Unterschied besteht und ob derselbe erheblich ist. Die Behauptung, dass in dem Vorkommen der Idiotie ein Unterschied zwischen Stadt und Landbevölkerung besteht, findet keine Stütze in dem vorliegenden Material, doch gestattet dasselbe keine gründliche Vergleichung des Verhältnisses. Die einzelnen Landestheile zeigen auch keine wesentlichen Unterschiede von einander, die Idiotie scheint ein über das ganze Land ziemlich gleichmässig verbreitetes Phänomen zu sein, dessen Auftreten durch locale Verhältnisse nicht in erheblichem Maasse beeinflusst wird. Ebenso wenig scheinen sociale Unterschiede eine Bedeutung für die Verbreitung der Idiotie zu haben, jedenfalls nicht in der Landbevölkerung. Dagegen scheint manches dafür zu sprechen, dass angeborener Schwachsinn unter unehelichen Kindern seltener ist, als unter ehelichen, entsprechend dem seltenen Vorkommen der schweren Formen von Idiotie bei unehelichen Kindern.

Unter den individuellen Ursachen der Idiotie wird angeführt: angeborene Geistesschwäche von 2868 Fällen, Hirnentzündung, Hirnerkrankung und Krämpfe in 272 Fällen, Epilepsie in 20 Fällen, Scharlach in 32, Masern in 17, Keuchhusten in 14 Fällen, Rachitis in 33, Skrophulose in 8, Trauma in 33 Fällen, andere Ursachen nur in einzelnen Fällen. Wahrscheinlich lassen sich 3310 Fälle, d. h. 85 % aller auf dem Fragebogen verzeichneten Fälle auf das Fötalleben oder die ersten Lebensjahre zurückführen. Die epidemische Cerebrospinal-Meningitis scheint in Dänemark für die Entstehung der erworbenen Geistesschwäche eine sehr geringe Bedeutung zu haben. Nach dem 5. Lebensjahre wird Schwachsinn selten erworben, höchstens in 3—4 % sämmtlicher Fälle.

Erworbene Disposition liess sich in einem Fünftel oder Viertel aller Fälle nachweisen, und zwar weit häufiger als psychische Abnormität auf Seiten der Mutter als auf Seiten des Vaters. Uebrigens enthalten die Zählblätter keine bestimmten Fragen nach den bezüglichen Verhältnissen bei den Eltern. Nach den Ermittelungen, welche in einem Regierungsbezirk für den Zeitraum von 81—90 durch die Aerzte angestellt sind, scheint es nicht der Fall, dass z. B. Alcoholismus bei den Eltern besonders häufig Geistesschwäche bei den Kindern hervorriefe. Die Statistik aus den Provinzen ergab bei 12 % erbliche Belastung. Von den 550 Insassen der Idiotenanstalten waren 135 (28 %) erblich belastet. Die erste dieser beiden Procentzahlen kann wohl als das Minimum angesehen werden, die letzte als Maximum.

Ueber 3774 Schwachsinnige sind die erhaltenen Angaben derart, dass man sich aus ihnen ein Bild ihres körperlichen und geistigen Zustandes machen kann, und hiernach theilt sie der Verf. in 3 Gruppen:

1. Bildungsfähige Schwachsinnige, bei denen die Psychopathie weniger stark hervortritt oder in geringerem Maasse von Complicationen begleitet ist, im Ganzen 1621.
2. Bildungsfähige Schwachsinnige, deren psychopathischer Zustand stärker hervortritt oder von bedeutenderen Complicationen begleitet ist, zusammen 930, und

3. Bildungsunfähige Schwachsinnige (dauernd Anstaltsbedürftig) mit tiefer Idiotie oder so schweren Abnormitäten, dass sie zu jeder körperlichen Arbeit unfähig sind, zusammen 1227 Individuen.

Innerhalb der ersten Gruppe bestand die Psychopathie uncomplicirt bei 1423; bei 124 war sie früher von Krämpfen begleitet, bei 198 war das Sprachvermögen eingeschränkt, bei 105 bestand theilweiser oder vollständiger Mangel an Reinlichkeit, bei 30 ab und zu Krämpfe. Innerhalb der zweiten Gruppe war die Psychopathie uncomplicirt bei 128, mit mangelhaftem oder aufgehobenem Sprachvermögen verbunden bei 160, nur mit Krämpfen complicirt war sie bei 144. Bei dem Rest fanden sich mehrere Abnormitäten nebeneinander, darunter mangelhafte Sprache bei 383, Krämpfe bei 310, Herabsetzung des Sehvermögens bei 112, Schwerhörigkeit bei 118, beschränkte Gebrauchsfähigkeit der Extremitäten bei 263. Innerhalb der 3. Gruppe endlich war die Psychopathie bei 182 uncomplicirt, mit eingeschränktem oder aufgehobenem Sprachvermögen verbunden bei 137, mit Krämpfen allein verbunden bei 104. Beim Rest fanden sich mehrere Störungen nebeneinander, darunter Sprachdefecte bei 695, Krämpfe bei 426, Schwäche des Sehvermögens bei 104, des Hörvermögens bei 87. Beschränkung im Gebrauch der Extremitäten bei 501, Mikrocephalie bei 5, Hydrocephalie bei 24.

Bezüglich der Fürsorge für die Schwachsinnigen wird mitgetheilt, dass 550 Individuen in Idiotenanstalten untergebracht waren, 321 in communalen Armenhäusern, Arbeitsanstalten u. ä., 18 in Kranken- oder Siechenhäusern, einzelne wenige in Kinderbewahranstalten, Asylen, Stiftungen u. s. w. Der Armenpflege anheimgefallen waren 731, davon wie oben gesagt 321 in Armenhäusern. Der Rest war grösstentheils bei Privaten in Pflege, die in der Regel nichts zu wünschen übrig liess.

Die dänischen Idiotenanstalten sind: die 1856 eröffnete Anstalt auf Gamle Bakkehus und die 1865 eingerichteten Keller'schen Anstalten, beides Privatunternehmungen, die erst später Staatszuschuss erhielten. 1882 wird eine neu errichtete Filiale der Anstalt Gamle Bakkehus auf dem Ebberödhof errichtet, 3—4 Meilen von Kopenhagen, sodass die Gesammtanstalt 460 Idioten aufnehmen kann. Die genannte Commission beabsichtigt die Errichtung einer Staatsanstalt von 600 Betten vorzuschlagen, sodass die dänischen Idiotenanstalten in einigen Jahren 14—1500 Schwachsinnige würden aufnehmen können. In Kopenhagen befinden sich zwei Schulen für geistesschwache Kinder, die in der Familie leben, und ein kleines Pensionat für bildungsunfähige Idioten der besseren Stände.

P. Koch, (Kopenhagen).

III. Bibliographie.

197) **Ssikorski** (Rijew): Ueber das Stottern. Ins Deutsche übertragen von W. Hinze.

(Verlag von Hirschwald. Berlin 1891, 372 Seiten.)

Ein mühevolles Werk liegt dem ärztlichen Publikum vor, berufen eine wesentliche Lücke in der Literatur des Stotterns auszufüllen. Ausgezeichnet durch Klarheit in der Darstellung hat es, wie der Uebersetzer mit Recht im Vorworte bemerkt, gegenüber andern den Vorzug, dass es aus einem Gusse auf historischer Basis mit vollkommner Beherrschung der reichhaltigen Literatur verfasst ist.

Der 1. Abschnitt des vorliegenden Buches giebt einen historischen Umriss der Entwicklung in der Lehre über das Stottern. Es ist die Krankheit bereits im Alterthum bekannt gewesen und sind davon die ältesten Zeugnisse die biblische Erzählung Moses von sich selbst, die von Herodot über den König von Cyrene Battus, dann die Lehren des Hippokrates und des Aristoteles und schliesslich die Darstellung der Krankheit des Demosthenes durch Plutarch. Galenus hat das Verdienst, die Lehre von den Sprachstörungen zuerst wissenschaftlich bearbeitet und die Terminologie derselben sorgfältig festgestellt zu haben. Weiter ist von historischem Interesse, dass Caelius Aurelianus (zwischen dem 3. und 4. Jahrhundert n. Chr.) bereits die Sprachgymnastik kannte und sie zu Heilzwecken angewandt hat. In der mitteralterlichen europäischen Literatur ist die Lehre von den Sprachstörungen nirgend eingehend behandelt, erst der berühmte deutsche Chirurg Fabricius von Helden (1560—1634) hat von neuem sie in die Wissenschaft eingeführt und eine chirurgische Behandlung derselben eingeschlagen. Eine methodische Behandlung wurde in diesem Jahrhundert durch Mrs. Leigh inaugurirt, welche nach langen Studien und vielfachen vergeblichen Heilversuchen ein System von Uebungen der Sprachorgane ersann, das eine vollständige Heilung zur Folge hatte. In ihrem Institute zu New-York heilte sie im Verlauf von 2 Jahren mehr als 150 Kranke. Beiläufig sei bemerkt, dass auch in der guten alten Zeit jene Methode ein Gegenstand der unwürdigsten Ausbeutung wurde. Im Jahre 1841 führte Dieffenbach die operative Behandlung ein, welche sich zwar schnell über den Continent verbreitete, aber ebenso schnell trat die Erkaltung ein, als man erst einsah, dass die Heilung nach der Operation um so lange anhielt, als bis die Narbe vollkommen fest und schmerzlos geworden war. Als neuere Bearbeiter der Lehre über das Stottern sind zu nennen Chervin, Sievers, Coën; als klassische Arbeiten im Gebiete der Physiologie der Sprache die von Merckel: Physiologie der menschlichen Sprache und Anthropophonik, die von Brücke: Grundzüge der Physiologie und Systematik der Sprachlaute, und die Untersuchungen von Helmholtz.

Was die Theorien betrifft, die in den Schriften über diese Neurose vorherrschen, so ist die Anschauung, dass der Ursprung der Sprachstörungen

theils in einem Leiden des Gehirns, dem Entstehungsorte der Sprachimpulse, theils in anatomischen Störungen der unmittelbar der Artikulation vorstehenden Apparate besteht, schon bei Hippokrates hervorgetreten und hat sich bis ins 19. Jahrhundert hineinbewahrt. Andere Anschauungen vertraten Sauvages, welcher das Stottern zu den Dyskinesien zählt und die Krankheitsursache in einer Muskelschwäche sieht, Rullier, Colombat, Voisin u. a., welche das Stottern als eine krampfhafte Krankheit ansprechen und für den Ausgangspunkt des Uebels eine abnorm gesteigerte automatische, centrale, durch Vorstellungen hervorgerufene Innervation halten. Dazwischen steht Itard mit der Ansicht, dass die Erscheinungen des Stotterns sowohl spasmodische Momente als auch Schwächezustände sind. Dieffenbach, Velpeau, Bonnet u. a. glaubten, dass die unregelmässigen Bewegungen der Zunge durch eine stationär bestehende abnorme Contraction einiger Zungenmuskeln bedingt sei.

Becquerel und Jourdan stellten alle Stottererscheinungen in Abhängigkeit von den Exspirationen, welche die Kranken mitten in der Rede und mitten im Worte machen. Nach Beesel ist sogar das Stottern keine Krankheit, sondern nur eine schlechte Gewohnheit, welche durch Gebrauch der Sprachmechanismen zu einer Zeit hervorgerufen wird, in welcher bei Unreife der Gedanken das Kind die Laute ausspricht, welche ihm leichter fallen.

Der 2. Abschnitt behandelt die Symptomatologie des Stotterns, das seinem Wesen nach als eine functionelle Störung im Gebiete der Sprache aufzufassen ist und dessen Grundsymptom ein Krampf im Gebiet eines oder einiger specieller Mechanismen ist, die zusammen das Sprachvermögen bilden. Die Dauer, Verbreitung, Stärke und der Ausgangspunkt des Krampfes wechseln, die Motive aber bilden ausschliesslich Sprachbewegungen, die schon begonnen haben oder nur beabsichtigt werden, so dass in manchen Fällen die Absicht zu sprechen den Krampf auslöst. Der Krampf kann, wie schon gesagt, auf den verschiedenen Gebiet der Sprachmechanismen auftreten.

1. Im Gebiete des Respirationsapparats. Hier sind wieder 3 Formen zu unterscheiden:

1. der Inspirationskrampf,
2. der Exspirationskrampf,
3. der rythmische Respirationskrampf.

Der wichtigste Zug des Inspirationskrampfes ist die Plötzlichkeit des Eintritts und die stossartige Heftigkeit einer Inspiration, die vor dem Beginne eines Wortes, nicht selten auch mitten im Worte auftritt. Von einer physiologischen Nothwendigkeit zu inspiriren kann dabei nicht die Rede sein. Differentiell-diagnostisch ist beim nicht seltenen Fehlen der Plötzlichkeit und der stossartigen Heftigkeit der krampfhaften Inspiration wichtig, dass an der normalen Inspiration während der Rede sich ausser dem Diaphragma auch andere Muskeln betheiligen, während an der krampfhaften nur die Contraction des Zwerchfells theilnimmt.

Das wichtigste Merkmal ist indess die in der Rede von ihnen eingenommenen Stelle, mitten im Laute, in der Sylbe oder beim Hervorbringen eines einzelnen Lautes, wodurch eine phonetische Dissociation entsteht, die nie bei einem nicht stotternden Menschen vorkommt. Nicht selten bemerkt man, dass der Inspirationskrampf die Thätigkeit des Artikulations- und

Vokalapparats unterdrückt; so erscheinen zwischen den einzelnen Lauten durch scharfes Einathmen ausgefüllte Pausen, zuweilen hört ein Laut oder Tact bei den ersten Lauten auf u. s. w. Dazu kommen noch subjectiv Empfindungen in der Form von Erschöpfung und dumpfem Schmerze in der Gegend des Randes der falschen Rippen und auf beiden Seiten der Brust. Bei häufigen Inspirationen wird über Trockenheit im Munde und im Halse geklagt, auch wird eine unangenehme Ueberfüllung der Brust mit Luft empfunden.

Der Exspirationskrampf hat mit dem Inspirationskrampf dieselbe Plötzlichkeit und stossartige Heftigkeit gemeinsam, unterscheidet sich von ihm durch die Verschiedenheit der dabei erfolgenden Muskelanspannung; insbesondere tritt hier die ausgiebige und starke Muskelspannung der Bauchpresse hervor. Die Contraction ist so stark, dass das vom Krampf befallene Individuum sich etwas nach vorn neigt, während die Luft mit grosser Schnelligkeit und Geräusch aus den Lungen durch die geöffnete Stimmritze entweicht. Dabei entweicht oft auch die Reserveluft, so dass der Patient ohne eine neue Inspiration nicht zu sprechen im Stande ist. Subjectiv klagen die Kranken über Oppressionsgefühl der Brust und besteht die subjective Empfindung noch nach Aufhören des Krampfes fort. Auch der Exspirationskrampf wirkt unterdrückend auf die Thätigkeit des Vocal- und Artikulationsapparates und bringt ihn gänzlich zum Stillstand.

Der rythmische Athmungskrampf wurde vom Verf. als wichtigstes und fast einziges Symptom des Stotterns unter 120 Kranken nur zweimal beobachtet. Derselbe zeigt sich schon beim Ansatze zum Sprechen als eine sichtliche Störung der Athmungsfunctionen. Erfolgt eine Inspiration vor dem Sprechen, so ist sie meist kurz und oberflächlich und es tritt nach dem Schlusse der Inspiration eine Exspiration ein, so dass ein Theil der Luft schon vor dem Sprechen entweicht. Ebenso kann der Beginn der Störung auf den Moment der Ausathmungsbewegungen fallen. Beim Krampfe hört man meist nur hauchende Geräusche anstatt articulirter Laute. Die subjectiven Empfindungen sind sehr beschwerlich und gesellt sich oft noch Athemnoth und das Bedürfniss hinzu, das Sprechen zu unterbrechen und mehrmals frei zu athmen.

Die Krämpfe können ferner im Gebiet des Phonationsapparates auftreten; diese haben ihrer Auffälligkeit halber vielmehr die Aufmerksamkeit der Autoren auf sich gelenkt, als die Respirationskrämpfe. 3 Arten des Phonationskrampfes werden unterschieden: 1. Der phonatorische Schliessungskrampf, 2. Der Vocalkrampf, 3. Der Vocalzitterkrampf.

Auch der phonatorische Schliessungs- oder Stimmritzenkrampf tritt plötzlich auf. Indem er den exspiratorischen Luftstrom unterbricht, hebt er die Bildung der Stimme und der articulirten Laute für die ganze Dauer auf; so entsteht mitten in einer gleichmässigen Folge von Lauten eine unerwartete Pause, die nicht nur zwischen zwei Sylben, sondern auch mitten in einer solchen auftreten kann. Während dieser Stimmritzenkrampf vom Ohre so leicht wahrgenommen wird, sind für das Auge des unerfahrenen Beobachters keine auffälligen Veränderungen zu bemerken. Bei der laryngoskopischen Untersuchung, welche in schweren Fällen zuweilen gelingt, sieht man die Stimmbänder dicht aneinander liegen, sogar einander etwas decken. Ferner

ist das Heben des ganzen Kehlkopfes beim Krampf zu bemerken; eine Folge des Andrängens der Exspirationsluft. Während des Krampfes bleibt Bauch-Brust- und Halsmuskulatur in der gegebenen Stellung wie erstarrt und bei längerem Anhalten des Kehlkopfkrampfes tritt Cyanose des Gesich's ein.

Der Vocalkrampf äussert sich an der Stimme selbst, welche sich durch einen besonders unnatürlichen Character der Laute oder ihre abnorm lange Dauer auszeichnet, eine Folge der krampfhaften Starre der Vocalmuskeln in einer bestimmten Stellung. Das laryngoskopische Bild des Vocalkrampfes hat Verf. nicht beobachtet. Das äusserlich auffällige Symptom desselben ist die mehr oder weniger starke Contraction der Halsmuskulatur, in Folge derer der Kehlkopf wie eingeklemmt erscheint. Beim Vocalkrampf wird die Stimme nicht unterbrochen; auch wird die Coordination der Bewegungen im Gebiete des Respirationsmechanismus nicht gestört. Indess werden die artikulatorischen Bewegungen in ihrer Gesammtheit deprimirt; sie werden langsam und manchmal ganz angehalten.

Die 3. Art des Phonationskrampfes, der Vocalzitterkrampf ist dadurch charakteristisch, dass die Rede plötzlich auf kurze Zeit von einem zitternden Laute unterbrochen wird ähnlich dem Meckern des Schafes. Anstatt der Laute treten kurze zitternde oder saccadierte Laute oder Geräusche auf. Es ist anzunehmen, dass die saccadierte Stimme in dieser Form des Stotterns das Resultat einer ganzen Reihe rasch auf einander folgender krampfhafter, durchaus unwillkürlicher Schliessungen und Oeffnungen des Kehlkopfes ist. Meist wird dieser Stotteranfall nur durch Vocale hervorgerufen. Das Krampfgebiet beschränkt sich selten bloss auf die innere Kehlkopfmuskulatur, viel öfter befällt er auch die äussere, insbesondere die Cucullares und Sternocleidomastoides und die Zungenbeinmuskeln, wodurch der Unterkiefer heruntergezogen wird.

Bevor Verf. auf die Beschreibung der Krämpfe im Bereiche der Artikulationsmechanismen eingeht, bespricht er diese erst selber in ihrer physiologischen Bedeutung für die Sprache. Auch hier sind wieder verschiedene Hauptgruppen zu unterscheiden, je nach der Localisirung der Krämpfe.

Krämpfe des Gaumensegels — betheiligt sind die Muskeln spheno- und petro-palatini, pterygo-pharyngei und palatopharyngei — sind ziemlich selten. Der Stotteranfall besteht darin, dass die an der Reihe gewesenen Laute plötzlich ausbleiben und der Patient, je nach der jemaligen verschiedenen Stellung der Lippen und Zunge, krampfhaft Laute hervorbringt, die als pm, tn, oder kn wahrgenommen werden. Subjectiv besteht Klagen über unangenehmes Spannungsgefühl, Jucken und Trockenheit in der Nase, Ermüdung und Unbehaglichkeit.

Aus genauer Beobachtung der Symptome ist Verf. zu der Annahme gekommen, dass nur periodisches Oeffnen und Schliessen der Gaumenrachenklappe als einzige Ursache der Unterbrechungen zu betrachten ist. Während meistens der krampfhafte Verschluss der Gaumenrachenklappe die Ursache der Erscheinung ist, kommt auch gelegentlich ein krampfhaftes Eröffnen der Gaumenklappe vor, wodurch die Laute eine näselnde Beschaffenheit bekommen.

Häufiger kommen Krämpfe in den Gesichtsmuskeln vor, meist beschränken sie sich jedoch auf einen gewissen Theil derselben und sind danach zu unterscheiden:

1. Schliessungskrampf der Mundöffnung,
2. Krampf im Gebiete der die Bewegung der Oberlippe beherrschenden Muskulatur,
3. Krampf im Gebiete der Unterlippe,
4. Krämpfe in den die Mundwinkel bewegenden Muskeln,
5. endlich complicirter Gesichtskrampf.

Der Krampf des Musculus orbicularis oris ist das häufigste Stottersymptom, ist meist am Schlusse und am Aneinanderpressen der Lippen leicht erkennbar. Die durch den Krampf betroffenen Störungen betreffen die Lippenlaute (p, b, m, w, f) und sind nach dem Intensitätsgrade des Krampfes verschieden. Der Stimm- und der Respirationsapparat bleibt intact dabei. Das Entstehen des Lippenkrampfes ist nicht nur bei Lippenlauten, sondern bei jeder articulatorischen Bewegung möglich. Subjectiv besteht Druckgefühl im Bereich der Bauchpresse bei den höheren Graden des Stotterns.

Seltener ist der Krampf der Oberlippe, bedingt durch Spasmen im M. levat. lab. sup. alaeque nasi und des Zygomaticus minor. Der Mundwinkel wird nach aussen verzogen, es ist nur eine Hebung der Oberlippe vorhanden. Häufig ist der Krampf nur einseitig.

Der Krampf der Unterlippe befällt am häufigsten den einen oder auch beide Mm. depressor ang. oris.

Als characteristisches Zeichen des Mundwinkelkrampfes ist das ausgesprochene Nachaussenziehen des Mundwinkels und Erheben desselben zu nennen, wodurch die Mundspalte eine schiefe Stellung bekommt. Der vollständige Verschluss der Mundöffnung wird dadurch unmöglich und es entströmt bei jedem Versuch einen momentanen Lippenlaut auszusprechen die Luft mit widerlich pfeifendem Geräusche. Ausser den Mm. sygomaticus major und lev. ang. oris, welche dabei immer betroffen sind, betheiligten sich zuweilen noch an diesem Krampfe der Musc. buccinator. Das characteristische Bild, in welchem die Mundspalte bei diesem Krampfe erscheint, wird als os quadratum bezeichnet.

Der complicirte Gesichtskrampf ergreift fast alle Gesichtsmuskeln, es tritt hierbei ein abnormes Schliessen des Mundes in den Vordergrund. Durch eingehende Krankheitsgeschichten wird das verschiedenartige Auftreten dieses Krampfes illustrirt.

Als letzte Hauptgruppe der Krämpfe in den Artikulationsmechanismen sind die Zungenkrämpfe zu nennen. Sie sind wegen der versteckten Lage der Zunge in der Mundhöhle weniger augenfällig; doch lassen sich an ihr krampfhafte Erhebung der Zungenspitze, krampfhafte Erhebung des Zungenrückens, krampfhafte Bewegung der Zunge nach vorn und nach hinten, und der sublinguale Krampf unterscheiden. Die erste Form ist die häufigste; es ist dabei der Boden des Mundes sehr angespannt und fühlbar sehr fest. Beim höchsten Grad des Krampfes wird die Zunge gegen den harten Gaumen gestemmt und dadurch ein vollständiger Verschluss des Mundkanals bewirkt und zwar, so lange als der Krampf dauert, der Lautwechsel ist vollkommen aufgehoben und wird durch ein stummes Intervall ersetzt.

An der krampfhaften Bewegung des Zungenrückens sind der Styloglossus, der Hyoglossus und die untern Abschnitte der queren und Längsmuskeln der Zunge betheiligt, wahrscheinlich auch einige Kehlkopfmuskeln.

Gewöhnlich erscheint der Krampf bei den gutturalen, seltener bei den palatalen Lauten.

Der protrusive Zungenkrampf ist seltener. Die Zunge wird dabei in horizontaler Richtung länger gezogen, überschreitet mehr oder weniger die Zahnreihe und tritt verschieden weit nach aussen hervor. Bei dieser Form des Stotterns wird über ein Gefühl von unangenehmer quälender Spannung der Muskeln geklagt, welche sich bis zum Schmerz steigern kann.

Der sublinguale Krampf kommt gewöhnlich mit andern Zungenkrämpfen zusammen vor. Rein localisirt er sich auf die Musc. genio-hyoid., stylo-, sterno- und omohyoïdeus. Da diese Muskeln auch zum Stimmmechanismus gehören, so ist im Einzelfall zu entscheiden, ob der Krampf als im Bereich des Stimmmechanismus oder im Bereich des lingualen Mechanismus liegend aufzufassen ist.

Als besondere Formen des Stotterns führt Verf. noch diejenige an, bei welcher ganze Silben wiederholt werden und Krämpfe scheinbar fehlen. In reinen Fällen zeichnet sie sich durch eine ausserordentliche Beweglichkeit und Veränderlichkeit der Athembewegung während des Redens aus.

Ausserhalb der artikulatorischen Rede kommen noch Krämpfe vor an Körpertheilen, welche von den Organen für die artikulirte Rede weit entfernt sind; am Rumpfe, an den Extremitäten, an dem Kauapparate und den Stirnmuskeln sind solche bald coordinirte, bald rythmische, bald ungeregelte choreatische Bewegungen beobachtet.

Was den Verlauf des Stotterns betrifft, so stellt es eine chronische Neurose dar, welche gewöhnlich im Kindesalter beginnend, sich hartnäckig behauptet, um im späteren Alter allmählich schwächer zu werden. Meist entwickelt sich die Krankheit bei dazu praedisponirten Personen, nicht selten in Folge einer geringfügigen Veranlassung. Nachdem die ersten Erscheinungen, welche meist stürmischer Art sind, vorübergegangen sind, stellt sich ein bestimmter Typus im Sinne partieller Krämpfe fest. Mit dem wachsenden Alter vermindern sich die Anfälle qualitativ und quantitativ und sind schliesslich nur noch spurweise vorhanden.

Im IV. Abschnitt wird die Aetiologie des Stotterns ausführlich besprochen; ausser den 167 eigenen Beobachtungen sind dazu die Listen der russischen Armee — in den 7 Jahren 1876—1882 sind 1556 Mann wegen Stotterns nicht eingestellt — sowie Daten aus Lehranstalten mit 360 Stotternden verwerthet.

Aus statistischen Tabellen ergiebt sich, dass im 2., 3. und 4. Lebensjahre die grösste Neigung zur Erkrankung vorhanden ist und dass die Tendenz beim weiblichen Geschlecht dreimal geringer ist als beim männlichen. Die Erblichkeit spielt eine wesentliche Rolle, doch ist die Annahme psychischer Ansteckung oder der Nachahmung nicht haltbar. Prädisposition zu mehrfacher familiärer Erkrankung nur in einem Drittel aller Stotterfälle vorhanden. Eine beträchtliche Anzahl Stotternder bieten physische Zeichen der Entartung und krankhaftes Temperament dar.

So bemerkt man als wesentliche Züge des Characters Verlegenheit, Schüchternheit, Eindrucksfähigkeit, Lebhaftigkeit der Phantasie. Bei der geographischen Zusammenstellung ergiebt sich, dass die Zahl der Stotternden in Russland 1,2 auf 1000 beträgt und in Frankreich 5 mal so viel Stotternde

gezählt werden. Es gelangt Verf. aus mehrfachen Beobachtungen zu dem interessanten Schluss, dass diejenigen Stämme, deren Sprache weniger fortgeschritten ist und die meisten ursprünglichen Elemente in sich erhalten hat, die geringste Neigung zum Erkranken am Stottern zeigen, während andererseits dem grössten phonetischen Fortschritte auch die grösste Tendenz zur Erkrankung an dieser Neurose entspricht. Was die Beschäftigung betrifft, so begünstigt die Schule eine neue Erkrankung und unterhält schon bestehendes Stottern. Als Gelegenheitsursache steht Schreck oben an, anzuführen ist ferner Trauma, Infectionskrankheiten u. a.

Im 5. Abschnitt, der über die Pathologie des Stotterns handelt, werden zunächst die Eigenschaften der Stotterkrämpfe besprochen. Es sei hier nur hervorgehoben, dass beim Stottern nie Veränderungen der Sensibilität vorkommen, und selbst bei langem Krankheitsverlauf nie Atrophieen, Zittern und Contracturen der Muskeln. Was das Zustandekommen der Stotterkrämpfe betrifft, so ist die hauptsächlichste Bedingung die Sprache oder der Impuls dazu. Abhängig zeigt er sich von psychischer Aufregung, vom Willenszustand, vom Grad der Sprachstörung, vom körperlichen Zustand und von äusseren Einflüssen wie Schwankungen des Barometers und Thermometers. Eine hervorragende Eigenthümlichkeit des Stotterns besteht in dem Vorgefühl des kommenden Anfalls, wodurch namentlich erwachsene Kranke veranlasst werden zu einer Vorsichtsmassregel ihre Hilfe zu ergreifen. Sie dehnen die Worte, verlangsamen die Rede und halten selbst auf Momente im Sprechen inne, um den unvermeidlichen Krampf herauszuschieben.

Anatomisch die Krankheit zu localisiren ist dem Verf. nicht möglich gewesen, indess hat er versucht den klinischen Befund nach dieser Richtung zu verwerthen. Er hält nur eine einzige Quelle für denkbar, von welcher der Impuls ausgeht, und zwar vom motorischen Theil des Sprachcentrums, wo sich demnach der Sitz des Stotterns befindet.

Der letzte umfangreiche Abschnitt des Buches beschäftigt sich mit der Behandlung des Stotterns. Geschichtlich lassen sich drei Perioden unterscheiden. 1. Die Periode der innern Therapie, von Hippokrates Zeiten bis auf A. Cornelius Celsus, Aerzte und Redner haben sich namentlich mit der Heilung bsschäftigt. Am bekanntesten ist die Krankheit und Heilung Demosthenes's geworden, auf deren Einzelheiten genauer eingegangen wird. Die 2. Periode in der Geschichte der Therapie ist als eine chirurgische zu bezeichnen, sie reicht von Celsus bis zum ersten Viertel des gegenwärtigen Jahrhunderts; die neueste chirurgische Behandlung bestand theils in der Durchtrennung des Zungenbändchens, theils in der Ausschneidung von Stücken aus der Zunge (Dieffenbach).

Die dritte Periode ist gekennzeichnet durch das Auftreten verschiedenartiger, sogenannter didactischer Methoden, deren Pflege aus den Händen der Aerzte in die der Laien übergeht.

Die folgenden Capitel beschäftigen sich mit der rationellen Behandlung des Stotterns. Prophylactisch ist es wichtig, das Kind dem Schreck, dem so häufigen ätiologischen Factor, weniger zugänglich zu machen, es sorgfältig zu überwachen, sobald die Sprache sich entwickelt und die psychische Entwicklung nicht auf Kosten der physischen zu fördern.

Ein mächtiges Mittel zur Bekämpfung der Stotterkrämpfe ist die sprachliche Gymnastik, welche gewöhnlich mit einer Periode des Schweigens eingeleitet wird, die am besten auf 7 bis 10 Tage ausgedehnt wird. Die elementaren Uebungen beginnen mit den Athmungsübungen, die sich in folgende Grundoperationen eintheilen: einfaches, fractionirtes und articulatorisches Athmen. S. hat folgendes System von Uebungen für nützlich befunden:

1. eine Reihe aufeinander folgender, der betreffenden Person eigenthümlicher, gewöhnlicher und tieferer Athemzüge,
2. Uebungen im Unterbrechen zwischen den Respirationsphasen,
3. Uebungen im Beschleunigen und Verlangsamen des Athmungsrythmus.

Beim fractionirten Athmen wird eine Reihe von Ein- und Ausathmungen durch mehr oder weniger lange Zwischenräume von einander getrennt; das zusammengesetzte Athmen stellt eine Combination beider erwähnten Athemübungen dar. Auf Zweck und Einzelheiten kann hier nicht näher eingegangen werden.

Es folgen den Athemübungen die Uebungen des Stimmmechanismus, welchen S. eine Belehrung vorausschickt, wie die Glottis regelrecht geöffnet und geschlossen werden muss. Die Kranken lernen zwei Kategorien von Erscheinungen unterscheiden. Anhalten des Athmens ohne Glottisverschluss und das gewöhnliche vocale Schliessen der Stimmritze. Dann geht es an die Uebungen mit der Flüstersprache und dem flüsternden Aussprechen der Vokale.

Dann folgt die articulatorische Gymnastik, welche S. streng mit der vocalen und respiratorischen verbindet. Die Art der Uebungen wird zwar durch leicht erkennbare Zeichen verstanden; indess ist es stets zu empfehlen, dass der Leiter der Uebungen das Schema der Aufgabe vormacht.

Für jeden Einzelfall muss ein concreter Plan gymnastischer Behandlung festgesetzt werden, in welchen neben den allgemeinen Athemübungen auch diejenigen vocal-articulatorischen Uebungen aufgenommen werden müssen, welche den vorhandenen Symptomen entsprechen. Deshalb müssen die Uebungen vom Arzte für jeden einzelnen Kranken und für jede Periode der Krankheit niedergeschrieben werden.

Auf die Wortgymnastik folgt die Redegymnastik und sind als solche Redeübungen zu bezeichnen: die reflectirte Rede, das Lesen, das innerliche Reden, die Recitation, die Flüsterrede, die rythmische Rede und Geberden, das laute Sprechen, die Improvisation und die Unterhaltung.

Mit dieser gymnastischen Behandlung hat eine psychische einherzugehen, für welche S. den Plan dahin aufstellt, dass dem Kranken 1. dadurch Ruhe zu geben ist, dass alle Bedingungen, welche einen Stotteranfall hervorrufen können, beseitigt werden, 2. ihm ein ärztlicher Leiter zur unmittelbaren persönlichen Einwirkung gegeben wird, 3. u. 4. handelt es sich darum ein System wohlthuender äusserer und innerer Einflüsse auf den Kranken zu organisiren.

Eine pharmaceutische Behandlung des Stotterns giebt es nicht, immerhin lässt sich günstig einwirken, dadurch dass man diejenigen Indicationen, welche erfahrungsgemäss Stotteranfälle befördern, behandelt, so z. B. die Blutcirculation in den nervösen Centren zu reguliren sucht, die Erregbarkeit der Hirnrinde herabsetzt etc.

Was die Heilbarkeit betrifft, so nähern sich die meisten Autoren dahin, dass 70 % der Stotterer geheilt werden, für die Behandlung giebt S. eine halbjährige Frist als mittlere Dauer an.

Es konnte hier naturgemäss auf Einzelheiten, welche für einen Jeden interessante Thatsachen bieten, nicht eingegangen werden. Es ist das Studium des Buches für alle nothwendig, welche sich mit den Articulationsstörungen der Sprache beschäftigen wollen, ganz besonders aber für diejenigen, welche die Stotterkrankheit erkennen und behandeln wollen. In der Litteratur dieser Krankheit bildet das Buch einen Markstein. Dem Uebersetzer oder vielmehr den Uebersetzern haben wir Dank zu sagen, dass sie uns das russisch geschriebene Werk durch elegante und fliessende deutsche Uebersetzung zugänglich gemacht haben. Ascher.

IV. Aus Vereinsberichten.

Sitzung der Obstetrical Society of London. 4. Nov. 1891.
(The Brit. med. Journal. 14. Nov. 1891.)

198) **F. J. Mc. Cann.** Ueber Chorea gravidarum.

Mc. C. theilt die Chorea gravidarum in 3 Gruppen:

1. echte Chorea gravidarum,
2. hysterische Chorea gravidarum,
3. Mischformen.

Alter: Chorea entsteht selten zwischen 18. und 30. Jahre, ausgenommen während der Gravidität.

Zahl der Schwangerschaften: Am häufigsten war sie während der 1. Gravidität. Echte Chorea ist selten als erstmalige Erkrankung während einer 2. oder folgenden Gravidität, falls nicht in der Zwischenzeit eine Ursache — wie rheumatisches Fieber — bestand.

Periode der Schwangerschaft: In der Mehrzahl der Fälle begann die Krankheit während des 3. oder 4. Monats.

Aetiologie: Am wichtigsten war eine früher voraufgegangene Chorea; ein rheumatisches Fieber; oder eine ausgesprochene erbliche rheumatische Anlage. Epilepsie und andere Nervenstörungen müssen zusammen mit Schreck, Aufregung, Anämie erwähnt werden.

Zur Entstehung der Chorea sind 3 Factoren nöthig: eine hereditäre Prädisposition, eine Blutveränderung, aufreizende Momente. Während der Gravidität besteht eine Veränderung im Nervensystem und im Blut, welche die Wirkung dieser 3 Factoren begünstigt. Der von den Bewegungen des Foetus ausgehende Reiz trägt nur in geringem Grade zur Verschlimmerung der Krankheit bei.

Sitz der Läsion: In schweren Fällen waren die motorische Rinde, die intellectuellen Centren und — secundär das Rückenmark betheiligt; in leichten Fällen die motor. Rinde allein.

Dauer der Schwangerschaft hängt bei Abwesenheit von Complicationen ganz von der Schwere der Krankheit ab; ist die Chorea schwer, so kommt es leicht zu Abort oder Frühgeburt. In leichten Fällen verläuft die Schwangerschaft günstig. Die Mutter wurde in den meisten Fällen wieder gesund; in andern erfolgte der Tod oder Manie, Delirium, Paralyse. Der Einfluss auf das Kind hängt ab von der Dauer der Schwangerschaft. Findet die Entbindung zur richtigen Zeit am Ende der Schwangerschaft statt, so läuft das Kind keine besondere Gefahr.

Zeit des Aufhörens der choreatischen Bewegungen. Auch nach der Entbindung hörten die Krämpfe in keinem von Mc. C. beobachteten Falle gänzlich auf; aber sie waren vermindert. In einem Fall dauerten sie noch 5 Monate weiter.

Rückfall. Fälle, wo in der Kindheit Chorea bestanden hatte, recidivirten fast sicher während der Gravidität. Je jünger die Erstgravida war, desto grösser war die Neigung zum Chorearecidiv.

Discussion: Dr. Hermann wendet sich gegen die Ansicht, dass Chorea auf Blutveränderung beruhe. Einseitige Erscheinungen wie bei Chorea beruhen auf einseitiger Gehirnaffection. Dabei könne eine Blutveränderung bei Chorea bestehen, doch wissen wir nichts darüber. H. findet den Satz von Mc. C.: „Fälle, wo Chorea in der Kindheit bestand, recidiviren sicher während der Gravidität“, nicht annehmbar. H. glaubt bei der Behandlung sei das beste: Die Ernährung; das beste Beruhigungsmittel: der Alkohol.

Dr. Playfair hält die gemachte Gruppeneintheilung der Chorea nicht für klinisch.

Dr. Harrocks macht auf den Werth der Temperatur für die Prognose aufmerksam. So lange die Temperatur normal bleibt, macht es wenig aus, wie stark die Krämpfe sind; aber sowie Temperatursteigerung entsteht, ist Gefahr da.

Dr. Champneys: es sei unmöglich zu sagen, wo Chorea aufhöre und Irrsinn beginnt. Er würde den Ausdruck maniakalische Chorea des Vortragenden jenem von Playfair „chorea undmanie“ vorziehen.

Wichmann (Braunschweig).

V. Zur Tagesgeschichte.

Statistisches aus Dänemark, Schlesien und Montenegro.

Die vorliegende Nummer enthält ein Referat über die dänische Idioten-Statistik, die nicht nur durch ihre Ergebnisse, sondern auch durch die dabei in Anwendung gebrachte Methode von Interesse ist. Von den neueren Irren-Statistiken anderer europäischer Staaten ist mit dieser dänischen nur eine an Abgeschlossenheit und sicherer Methode zu vergleichen, und zwar die von Montenegro.

Die Ergebnisse derselben liegen in einem serbisch-montenegrinisch geschriebenen Bändchen vor (Miljanicz, Duschewno-Bolesni, Glucho-iniemy, Epileptitschny i Slijepy u Tsrnoigori. Belgrad 1892). Die Statistik umfasst zugleich die Blinden, Taubstummen und Epileptiker neben den Geisteskranken; unter den letzteren sind die Idioten und Imbecillen nicht besonders behandelt, immerhin ist auch auf diese ein Schluss zu machen aus der Thatsache, dass Montenegro (recte Tsrnogoria) 487 Irre und 405 Epileptiker zählte, das heisst, bei einer Bevölkerung von kaum einer Viertelmillion, einen Irren auf 446, einen Epileptiker auf 540 Einwohner.

Dabei können diese Zahlen nicht einmal für erschöpfend gelten, da bei der eigenthümlichen Stellung der Frau in Montenegro die Zahlen der weiblichen Kranken zu gering ausfallen mussten, wie sich das auch a posteriori vermuthen lässt, da den 299 männlichen Irren und 277 männlichen Epileptikern die Zahlen 188 und 187 für irre resp. epileptische Frauen gegenüber stehen. Aehnlich finden sich unter 226 Taubstummen Montenegros nur 82 Frauen.

Gegenüber diesen Daten wird man die hohe Zahl der Irren in dem bekanntlich noch höchst idyllisch-primitiv hinlebenden Völkchen der schwarzen Berge wohl nicht auf den Einfluss der „Civilisation", der man ja die Zunahme der Irren von 1 auf 2 pro Mille im übrigen Europa in die Schuhe schieben will, zurückführen wollen; eine verderbliche oder degenerativ wirkende Civilisation ist den Montenegrinern ebenso fremd, wie der chronische Alcoholismus, dessen absolute Abwesenheit in dem urwüchsigen Ländchen den genannten Zahlen noch ein besonderes Relief giebt.

In Schlesien hat die Provinzial-Verwaltung auch eine irrenstatistische Enquête aufgenommen, die sich jedoch nur auf Idioten und Epileptiker erstreckte, die von ihr requirirten Behörden haben aber so wenig Interesse und Verständniss für die Sache gezeigt, dass ganz unglaubliche Zahlen herausgekommen sind nämlich rund 900 Idioten und 700 Epileptiker auf $4^1/_2$ Millionen Schlesier! Sollte die böse Civilisation in Schlesien so viel weniger wüthen, als in den schwarzen Bergen?

Nicht viel besser sind die Resultate gewesen, die einige Mitglieder des ostdeutschen irrenärztlichen Vereins mit Hilfe der Collegen in einigen Stadt- und Landkreisen zu erlangen versucht haben.

Es ergaben sich Zahlen wie:

In Breslau	kommt	1	Idiot	auf	3000	Einwohner,
Im Kreise Kreuzburg	„	1	„	„	1460	„
„ „ Oppeln	„	1	„	„	8400	„
„ „ Gleiwitz	„	1	„	„	4600	„

Das von einem der Aerzte an eine Bezirks-Regierung gerichtete Gesuch, die Listen schwachsinniger Kinder, welche die Kreis-Schulinspectoren führen, zum Zweck der Idioten-Zählung einsehen zu dürfen, hat die betr. Regierung ablehnen zu müssen geglaubt; nach halb privaten Mittheilungen fürchtete die Regierung dadurch Beunruhigung zu erregen! Nur nachdem uns Montenegro vorangegangen ist, darf man zu hoffen wagen, dass man der Erwägung der Möglichkeit einer Zählung idiotischer Schulkinder doch vielleicht näher treten zu können, hinfüro nicht gänzlich abgeneigt sein werde.

Kurella.

Internationaler Congress für criminelle Anthropologie.

Das Programm enthält folgende Themata:

Anthropologie criminelle.

Existe-t-il un type criminel anatomiquement déterminé. Referenten: Dr. Houzé; Dr. Warnots, agrégé de l'Université de Bruxelles. — Étude critique des caractères du criminel né. Referent: Dr. Brouardel, doyen de la faculté de Paris. — Pluralitè des types de criminels nés. Referenten: Dr. Van Deventer, mèdecin en chef à Amsterdam (Hollande); Dr. Van Gennchten, professeur à l'Université de Louvain. — Origine morbide des caractères reconnus chez les criminel nés. Referenten: Dr. Jelgersma, aliéniste à Meeremberg (Hollande); Dr. Cuylits, médecin chef de l'Asile d'Evere. — De l'homicide dans ses rapports avec la race en Europe. Referent: Enrico Ferri, député au Parlement italien, professeur de droit criminel à l'Université de Pise. — Des caractères de la criminalité chez la femme; Des caractères de l'incorrigibilité. Referenten: Dr. Cesare Lombroso, professeur à l'Université de Turin (Italie); Dr. Morel, médecin en chef à l'hospice Guislain, aliéniste de l'administration pénitentiaire, inspecteur-adjoint des asiles.

Psychologie et psycho-pathologie criminelles.

L'obsession criminelle morbide. Referent: Dr. Magnan, médecin en chef à l'asile Sainte-Anne, à Paris. — L'obsession du meurtre. Referent: Dr. Ladame, professeur à Genève. — Les suggestions criminelles et la responsabilitè pénale. Referenten: Dr. Benedikt, professeur à l'Université de Vienne (Autriche); Dr. Voisin, médecin en chef de la Salpétrière à Paris; Dr. Bérillon, à Paris. — Le délit collectif (Criminalité des foules et des sectes). Referent: Tarde, juge d'instruction à Sarlat (Dordogne) France. — La préméditation obsessive comme circonstance atténuante. Referent: Dr. Semal. — Le mobile du crime chez l'enfant et l'adolescent. Referent: Dr. Motet, médecin-expert à Paris.

Sociologie criminelle.

La délinquance dans l'histoire et dans la politique. Referent: Chevr. Edmond Mayor, secrétaire-général du Congrès de Rome. — Influence de la crise économique actuelle sur la délinquance. Referent: Hector Denis, professeur d'économie politique à l'Université libre de Bruxelles. — Influence des professions sur la criminalité. Referent: Dr. Coutagne, médecin-expert à Lyon. — De l'importance respective des éléments sociaux et des éléments anthropologiques dans la détermination de la pénalité. Referent: M. Gauckler, professeur de droit criminel à la faculté de droit de Caen.

Applications légales et administratives de l'Anthropologie criminelle.

Aperçu des applications de l'anthropologie criminelle. Referenten: De Ryckère, substitut au tribunal de Ire instance à Bruges; Baron Garofalo, président du Tribunal de Ferrare (Italie); Dr. von Liszt, professeur à l'Université de Halle (Allemagne); Professeur Benedickt, à Vienne; Dr. Masoin,

professeur à l'Université de Louvain, Secrétaire de l'Académie de Médecine, aliéniste de l'Administration pénitentiaire. — Des mesures applicables aux incorrigibles et de l'autorité apte à en fixer le choix. Referenten: Dr. van Hamel, professeur de droit criminel à l'Université d'Amsterdam; Alimena, avocat à Naples; F. Thiry, professeur de droit criminelle à l'Université de Liège — De la nécessité de considérer l'examen psycho-moral de certains délinquants comme un devoir de l'instruction à leur charge. Referent: Dr. Paul Garnier, médecin en chef de la Préfecture à Paris. — L'inversion génitale et la législation. Referenten: Dr. de Rote, Vice-Président de la Société de Médecine mentale de Belgique; Dr. professeur Mendel, à Berlin; Dr. Hubert, professeur à l'Université de Louvain. — Les prisons asiles et les réformes pénales qu'elles entraînent. Referenten: Dr. Deboek et M. Paul Otlet, avocat à Bruxelles; M. Goddyn, juge au tribunal de Gand; Dr. Ramlot, méd.-adjoint des hôpitaux à Bruxelles.

Weitere Vorträge:

Des principes fondamentaux de l'école d'anthropologie criminelle. Vortragender: Dimitri Drill, avocat et publiciste à Moscou. — Insuffisance des mesures crâniométriques en usage pour la mensuration des crânes pathologiques. Vortragender: Professeur Benedikt. — Nécessité des mêmes mesures pour la mensuration des crânes normaux et pathologiques. Vortragender: Dr. Houzé. — L'innéité et l'hérédité du crime. Vortragender: Dr. Manouvrier, professeur à l'école d'anthropologie de Paris. — Etiologie fonctionnelle du crime. Vortragender: Dr. Dallemagne, chef du service des autopsies aux hôpitaux de Bruxelles. — Du suicide et de la folie chez les délinquants. Vortragender: Dr. Semal. — De l'influence de la simulation sur les accès réels de folie. Vortragender: Dr Féré, médecin de Bicêtre à Paris — Les grands crimes politiques devant l'anthropologie. Vortragender: Dr. Alvarez Taladriz, de Valladolid (Espagne). — Les sentiments primordiaux des criminels. Vortragender: Dr. Lacassagne, professeur à l'Université de Lyon. — Des applications de l'anthropologie au droit civil. Vortragender: M. Giulio Fioretti, avocat à Naples. — Dans quelle mesure est-il désirable et praticable d'entreprendre des études de psychologie et de psycho-pathologie criminelles dans les prisons. Vortragender: Dr. Professeur van Hamel, d'Amsterdam et Dr. Jelgersma, de Meeremberg. — Nécessité d'introduire l'étude de l'anthropologie criminelle dans les cliniques psycho-pathologiques et de la rendre obligatoire pour les futurs aliénistes et les futurs avocats. Vortragender: Dr. Winckler, à Utrecht.

Inhalt des Mai-Hefts.

Um spontane Einsendung von Separat-Abdrücken, Personal-Notizen etc. direct an die Redaction:

Privatdocent Dr. R. Sommer, Würzburg,

wird gebeten.

Buchdruckerei von Kindt & Meinardus, Coblenz.

CENTRALBLATT
für
Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Internationale Monatsschrift
für die
gesammte Neurologie in Wissenschaft und Praxis mit besonderer Berücksichtigung der Degenerations-Anthropologie.

XV. Jahrgang. 1892 Juni. Neue Folge III. Band.

I. Originalien.

I.

L'attaque hystérique d'aphasie et la simulation.

par le Dr. P. Ladame (de Genève).

On a considéré bien souvent comme simulateurs les individus qui refusaient soudain de parler, sous le coup d'une émotion, d'une accusation par exemple.

Tel est le cas suivant, entre beaucoup d'autres, rapporté par le professeur Charcot, *) qui a établi le premier clairement le syndrome classique du mutisme hystérique.

„Hélène G. . . jeune détenue de 24 ans environ, avait adressé à un prêtre, dont elle croyait avoir eu à se plaindre, le cadavre d'un enfant nouveau-né bien enveloppé et placé dans un panier. Le colis postal, étiqueté fromage, arriva juste au moment où le curé reçevait des amis. Prés du cadavre se trouvait un billet ainsi conçu „Priez pour celle que vous avez perdue“ . . . . Voilà bien un délit d'hystérique!

„Arrêtée à quelque temps de là Hélène G. . . perdit subitement la parole après le premier interrogatoire. Cette fois, direz-vous, le mutisme était évidemment simulé. Eh bien, non, Messieurs, il n'en est rien, à mon avis, et telle est aussi l'opinion, si prépondérante en pareille matière, de mon collègue Mr. le professeur Brouardel.“

*) Oeuvres complètes. Leçons sur les maladies du sytème nerveux t. III. 1887 p 433.

Pour appuyer cette conclusion M. Charcot fait observer qu' Hélène G... offre tous les symptômes classiques du mutisme hystérique. La perte de la parole a été subite et s'est accompagnée d'une aphonie complète. La malade ne peut proférer le moindre son. Non seulement elle ne peut pas chuchotter, mais il lui est impossible de faire entendre le moindre grognement, le moindre bruit. Hélène porte d'ailleurs des stigmates hystériques prononcés dont la simulation est impossible; le retrécissement du champ visuel, une anesthésie totale et complète, une anesthésie du pharynx etc., etc. Enfin, elle n'est pas agraphique. La malade, ainsi que le font les muets hystériques, écrit vite et correctement, et a pu communiquer de cette façon avec le juge d'instruction auquel elle a avoué son crime, et ceci est absoluement préremptoire contre l'hypothèse d'une simulation. Comme le fait observer M. Charcot une simulatrice eut poussé les choses jusqu' au bout, et eut cessé d'écrire. On pourrait cependant supposer le cas d'une personne frappée de mutisme hystérique et dissimulant son crime dans les réponses écrites qu'elle donnerait au magistrat instructeur. Il ne faudrait donc pas tirer du cas précédent la conclusion que le mutisme sera simulé quand l'inculpé n'avouera pas son délit par écrit.

Pour juger de la simulation d'un trouble mental du genre de l'aphasie hystérique, on ne doit pas se contenter de l'analyse symptomatique actuelle du malade. Il faut rechercher avec soin ses antécédents héréditaires et pathologiques, les anomalies de son caractère, les troubles nerveux et psychiques que le malade a pu offrir précédemment. On retrouve en effet une histoire névropathique, parfois trés compliquée, dans les antécédents de presque tous les muets de ce genre, et ce fait suffit à lui seul pour donner de fortes présomptions sur la nature hystérique du mutisme. Parmi les symptômes que Mr. Charcot considère comme indices de simulation nous relèverons les bruits laryngés. Avant de donner l'observation que j'ai eu récemment l'occasion de faire et qui démontre nettement que ces bruits peuvent trés-bien exister dans le tableau clinique du mutisme hystérique, je crois utile et important de rappèler comment Charcot envisage la question.

„... les muets hystériques, dit-il, plus encore peut-être que les individus atteints des autres manifestations de la névrose, sont, la plupart du temps, je ne sais trop pourquoi, considérés comme des simulateurs. Et, cependant, je suis forcé de dire et de redire, qu' à mon avis, l'idée de simulation n'est que trop souvent fondée en pareil cas, sur l'ignorance du médecin....

„En général, peut-être pourrait-on dire forcément, le simulateur est un fantaisiste. Il imagine volontiers, il brode et exécute des fioritures. Rappelez-vous la consultation donnée par Sganarelle à Lucinde, *laquelle peut-être considérée comme une parfaite simulation.*“ *)

Sganarelle (à Lucinde). En bien! de quoi est-il question? Qu' avez-vous, quel est le mal que vous sentez?

Lucinde *portant sa main à sa bouche, à sa tête et sous son menton.* Han, hi, hon, han.

Sganarelle. Hé: que dites-vous?

*) C'est moi qui souligne.

Lucinde continue les mêmes gestes Han, hi, hon, han, han, hi, hon.

Sganarelle. Quoi?

Lucinde. Han, hi hon.

Sganarelle. Han, hi, hon, ha. Je ne vous entends point. Quel diable de langage est-ce là?

Géronte. Monsieur, c'est là sa maladie. Elle est devenue muette, sans que jusqu' ici on en ait pu savoir la cause, et c'est un accident qui a fait reculer son mariage. [1])

Mr. Charcot pense que ces han, hi, hon, han, sont évidemment de trop et révèlent la simulation. Le muet légitime reste silencieux, dit-il, et s'il porte souvent la main à sa gorge pour montrer que là est, suivant lui l'obstacle „il ne la place pas, que je sache, sur sa tête ou sur sa bouche.“ [2])

L'observation suivante démontre que Molière avait bien vu un cas authentique du mutisme hystérique lorsqu' il décrivait si parfaitement la maladie de Lucinde. Le tableau de la consultation de Sganarelle s'est reproduit sous mes yeux dans toute sa réalité. On ne pourra donc plus le donner comme un exemple de simulation du mutisme hystérique, et les réserves faites par M. Charcot n'ont plus désormais leur raison d'être.

Voici ce cas:

Le 9. Janvier 1892 se présente à ma consultation le matin à dix heures, un employé de la gare de Genève, avec sa femme, qui parait trés agitée. Il me raconte que celle-ci, Mme. F. ne peut plus articuler une parole depuis le matin à $6^1/_2$ heures, après une crise dans laquelle il a remarqué que les secousses nerveuses se faisaient surtout dans le bras et la jambe droites.

Il y a trois semaines environ que Mme. F. avait eu une première crise nerveuse (sans perte de la parole) avec perte de connaissance, à la suite d'une frayeur, pendant la nuit. Le mari ne devait rentrer que vers les deux heures du matin, par le train de nuit. Elle se résolut à l'attendre, mais succomba bientôt au sommeil et ne l'entendit pas rentrer. La trouvant endormie le mari éteignit la lampe et se coucha. Il venait à peine de s'endormir qu'il fut réveillé en sursant par un cri et le bruit de la chûte d'un corps à la cuisine. Il s'empressa d'allumer et d'aller voir ce qui se passait. Sa femme était étendue sans connaissance sur le sol de la cuisine. Il s'empressa autour d'elle et lorsqu'il eut réussi à lui faire reprendre ses sens, elle lui raconta qu'elle venait d'avoir une frayeur épouvantable, mais qu'elle ne savait pas bien si elle n'avait peut-être pas rêvé. Elle avait cru entendre que son mari rentrait et était allée au devant de lui, à la cuisine, où elle ne trouva personne, ce qui commença à l'inquiéter. Soudain elle sentit un homme qui lui prenait le bras, c'est alors qu'elle poussa un cri de terreur; mais elle ne se rappelle plus de ce qui s'est passé depuis, et toute cette scène est très vague dans son souvenir. Dès lors elle fut assez bien jusqu'à la nouvelle crise de ce matin. Le mari raconte qu'elle a déjà eu une crise semblable accompagnée du mutisme, á l'âge de vingt ans environ, et qu'elle serait alors restée muette plus de 6 mois. La perte

[1]) Le médecin malgré lui. Acte II Scene VI.
[2]) C'est moi qui souligne.

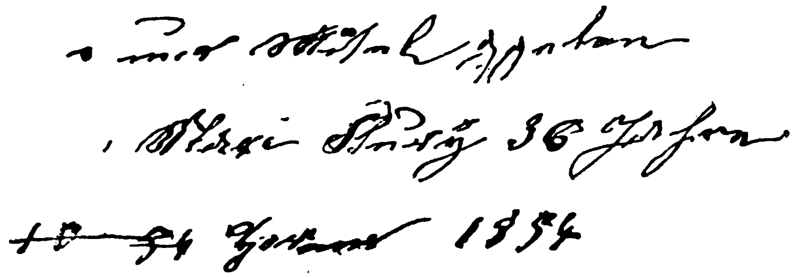
de la parole aurait été soudaine comme aujourd'hui, et le mutisme ne se guérit qu'à la longue, aprés une période de bégayement.

M$^{me.}$ F. originaire du Haut Valais, est une montagnarde vigoureuse, fortement bâtie et musclée, qui n'a aucunement l'apparence d'une femme nerveuse. Elle fait l'effet d'une folle excitée. Elle est très agitée, fait sans cesse des gestes bizarres, porte la main à sa tête, à sa bouche, qu'elle ouvre démesurément, et sous son menton, en poussant des sons rauques, han, hon, han, qui viennent manifestement du larynx, mais paraissent aussi produits par le frottement de l'air sur les surfaces de la gorge, du palais et de la face interne des joues. La malade s'impatiente beaucoup lorsqu'on la questionne; elle empoigne sa langue avec sa main droite et fait de violents efforts pour parler. Son impuissance à articuler le moindre mot la met dans tous ses états. Le chuchottement est impossible. L'aphasie motrice est complète. L'aphonie est complète aussi. La malade est sans voix. Sa mimique expressive manifeste hautement la contrariété qu'elle éprouve de ne pas pouvoir se faire comprendre. Comme elle porte fréquemment la main à sa tête, je lui demande si elle y ressent des fourmillements, des picotements. Elle fait signe énergiquement que oui.

Aucun trouble de la motilité, sauf un tremblement généralisé dans tout le corps, mais accusé surtout dans le bras droit. Les mouvements des yeux, des muscles de la face et ceux de la langue sont absolument intacts. La force musculaire est conservée dans le bras droit, comme dans le gauche. Tous les mouvements des extrémités se font parfaitement, quoique avec une grande agitation. Intégrité de la marche. Réflexes rotuliens normaux.

On constate une hémianesthésie totale et complète dans tout le côté droit. La malade ne perçoit ni le contact ni les piqûres d'épingle à la face dans le bras et la jambe droites. Surdité complète de l'oreille droite. L'état d'excitation de la malade ne permet pas de faire un examen détaillé de ses champs visuels. On peut cependant constater que la vue de l'oeil droit est trouble et que le champ visuel de cet oeil parait considérablement rétréci. — Réflexe pharyngien aboli.

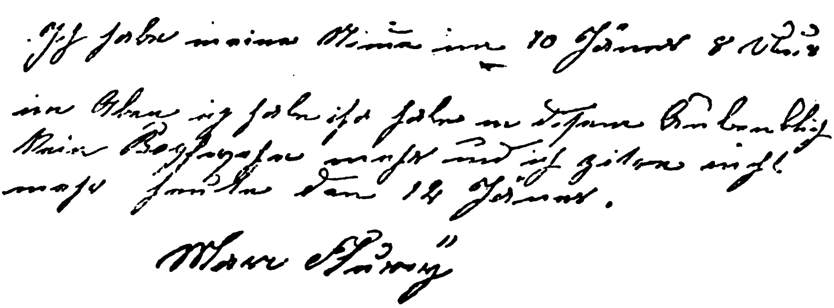
Dans le Haut Valais on parle l'allemand, mais la malade comprend parfaitement le français et son mari me dit qu'elle le parle couramment, ce que la malade confirme par un signe de tête. Elle préfère cependant écrire en allemand. Je lui dis alors d'écrire ce qu'elle désire me demander, et de noter son nom et la date de sa naissance. Elle écrit les mots suivants avec beaucoup de peine; elle était gênée considérablement par le tremblement de sa main, et aussi par son état d'excitation mentale:



Trois jours après elle revient à ma consultation, parlant trés librement, et me raconte comment elle a retrouvé la voix. Le 10. Janvier (le lendemain de l'accident) à sept heures trois quart du soir elle était assise dans la chambre du ménage avec un petit bébé de quatre mois sur ses genoux. Son mari avait invité quelques amis à boire un verre. Ils étaient attablés autour d'une bouteille, lorsque l'un d'entre-eux voulut prendre un verre sur un rayon, chargé de vaisselle de verres et de bouteilles, qui se trouvait en face de la malade.

Le rayon, mal fixé, bascule; les verres et les bouteilles dégringolent avec fracas. Mme. F. fut très effrayée, elle devint pâle comme une morte, et se mit à trembler comme la feuille (ce sont ses propres expressions). „J'étais comme folle, dit-elle, je voulais crier mais, malgré tous mes efforts, je ne réussis qu' à pousser quelques sons inarticulés, cau, cau.“ Elle se tranquillise et écoute la conversation des hommes, tout en caressant son bébé. Or, dix minutes environ aprés le patatras, comme elle flattait le petit enfant en le regardant, elle entend sa propre voix prononcer ces paroles „est-tu bien, mon petit?“ Dés ce moment elle peut parler; elle a recouvré l'usage complet de la parole, ne bégaye pas et n'a pas la voix rauque.

Jusqu'à ce moment elle tremblait de tout son corps, et ressentait un violent mal de tête avec fourmillements, picotements et douleurs sur la tête. C'était, dit-elle, comme des aiguilles et grand comme une large plaque, très lourde. Dès qu'elle put parler, le mal de tête et les fourmillements se dissipèrent. Je note le 12. Janvier que l'hémianesthésie droite a complétement disparu. L'ouïe est tout-à-fait revenue à l'oreille droite. La malade n'a plus aucune douleur de tête, ni fourmillements, ni picotements. Sa vue est parfaite dans les deux yeux. Elle ne tremble plus. Le réflexe pharyngien est très marqué. En un mot elle n'a conservé aucun stigmate de son hystérie. Elle écrit couramment les mots suivants:



Je la questionne sur l'attaque de mutisme qu'elle avait eue dans sa jeunesse, et elle me raconte qu' étant âgée de vingt ans, un jour qu'elle arrachait des pommes de terre au jardin, elle était rentrée très fatiguée le soir à la maison. Elle s'endormit lourdement, et le matin, à son réveil, elle constata avec surprise que son bras droit était paralysé, et sa jambe aussi; cette dernière était enflée et brillante. En même temps la malade ne pouvait plus parler. Cette paralysie avec mutisme a duré pendant huit mois. La parole revint peu à peu; mais, particularité remarquable, la

malade avait complètement oublié la langue française qu'elle avait apprise à l'école et à Montreux, et qu'elle parlait couramment avant son attaque. Elle dut apprendre de nouveau à parler le français comme si elle ne l'avait jamais su.

Madame F. raconte aussi que pendant sa paralysie elle souffrait beaucoup et qu'elle avait toutes les cinq minutes des contorsions dans la figure et la langue, qui la forçaient à faire une grimace. „Les nerfs lui tiraient la langue en crochet dans la bouche“ dit-elle. Et pour mieux me faire comprendre comment cela se passait elle répète plusieurs fois devant moi la grimace qu'elle faisait alors. La malade réalisait ainsi absolument le spasme glosso-labié si caractéristique que Mr. Charcot a fait connaître chez les hémiplégiques hystériques.

Je n'ai rien pu apprendre de particulier sur ses antécédents héréditaires. Son père et sa mère vivent encore bien portants, paraît-il, et habitent dans le Haut-Valais. Je conclus en disant qu'il n'existe aucun symptôme spécial qui dénote à coup sûr la simulation dans le mutisme hystérique. L'examen soigneux du malade, la recherche attentive de ses antécédents pathologiques et héréditaires, la fixation de l'époque exacte de son attaque d'aphasie et des causes qui l'ont provoquée, la constatation des autres manifestations de l'hystérie, au besoin l'observation prolongée du malade, peuvent seuls permettre de juger le cas avec certitude et de démasquer un simulateur.

II.

Die staatliche Beaufsichtigung der Privatirrenanstalten in Preussen.

Von Dr. Bernhard Ascher, Arzt in Berlin.

Bevor ich in folgendem erörtere, wie sich das Verhältniss des Staates zu den Privatirrenanstalten gestaltet, ist zunächst die Frage nicht müssig, ob überhaupt die Privatirrenanstalten existenzberechtigt sind. Als vor wenigen Jahren die Frage im englischen Parlament zur Sprache kam, entschied man sich schliesslich zu einem Mittelweg, indem man die bestehenden Anstalten erhalten wissen wollte, die Einrichtung neuer aber verbot. In Deutschland zeigt man im allgemeinen gegen die Privatanstalten keine Abneigung und bereitet der Entwicklung derselben keine Hindernisse. Allerdings wurde auch hier in früheren Jahren von mancher Seite mit Eifer gegen die Privatirrenanstalten aufgetreten. So hielt Reil (über die Erkenntniss und Kur der Fieber, 2. Aufl. Wien 1800/5, 5 Bde. 4. Bd. pg. 571.) die Privatirrenanstalten für gefährlich für die öffentliche Sicherheit und nannte sie Tummelplätze des Betrugs, der Intrigue und der Barbarei. Auch Jacobi und Roller traten gegen die Existenz derselben auf, doch hat der letztgenannte sich schliesslich selbst zu einer gegentheiligen Ansicht bekannt (Schmitz, die Privatirrenanstalt etc. pg. 11). Da nun aber an die auf öffentliche Kosten gebauten Anstalten nicht die Anforderung zu stellen ist, dass sie im Stande sind, auch den wenigen gut situirten Kranken jeglichen Comfort zu gewähren und sie ihrem ausgebildeten Geschmacke gemäss in feinerer Art zu verpflegen, so muss die Privatthätigkeit hier ersetzend eintreten. Nicht unwichtig ist auch, dass diejenigen Personen, deren Existenz auf das Ver-

trauen des Publikums basirt ist, Rücksichten auf die Anschauungen desselben zu nehmen haben, das sofort demjenigen, welcher einmal in einer Irrenanstalt gewesen ist, das Vertrauen entzieht. Es muss also möglichstes Geheimniss über seinen Aufenthaltsort walten, soll der vielleicht heilbare Kranke nicht eine unersetzliche Einbusse in seinem Gewerbe erleiden. Dass es aber unter solchen Umständen vorzuziehen ist, in einer Privatanstalt Heilung zu suchen, liegt auf der Hand.

Indem nun stets an dem Grundsatz festzuhalten ist, dass allemal das Interesse der Kranken am höchsten steht, ist bedingungslos anzuerkennen, dass die Privatirrenanstalten berufen sind, eine Lücke in den öffentlichen Einrichtungen des Gemeinwesens auszufüllen. Ist dies aber der Fall, so darf ihrer freien Entwicklung kein Hemmschuh angelegt werden. Desshalb halte ich die in England ausgesprochene Beschränkung für einen entschiedenen Fehler, da ja gerade freie Concurrenz nur fördernd wirken kann.

Naturgemäss bedürfen indess Privatirrenanstalten einer eingehenderen Controle des Staates als es für die öffentlichen Anstalten erforderlich ist. Sie hat sich auch selbstverständlich nicht auf diejenigen Anstalten zu beschränken, welche schon durch ihren Namen dem Publikum ihren Zweck offenbaren; auch diejenigen Institute, welche einen weniger verfänglichen Namen, wie Asyl, Kuranstalt etc. führen, indess ihrem Wesen und Zwecke nach nichts anderes als Irrenanstalten sind, müssen der staatlichen Controle unterliegen. In der Praxis wird es nämlich zum Theil in Rücksicht auf das Publikum, noch mehr aber, um lästigen staatlichen Vorschriften zu entgehen von manchen Anstaltsbesitzern versucht, durch derartige Benennungen die staatlichen Behörden zu täuschen. Eine Verfügung des preussischen Verwaltungsgerichts vom 12. Mai 1880 tritt solchem Beginnen mit Entschiedenheit entgegen, indem sie hervorhebt, dass ein gewerbsmässig betriebenes Pensionat für Geisteskranke sich in keiner Weise von einer Irrenanstalt unterscheidet und damit schliesst, dass die Fortführung einer Anstalt unter dem Namen „Pensionat“ an der Sachlage nichts ändert (Entscheidungen des königl. Oberverwaltungsgerichts VI. Bd. 1880 pg. 257).

Das belgische Gesetz vom 26. December 1873 bestimmt, dass als eine Irrenanstalt ein jedes Haus anzusehen ist, in welchem auch nur ein einziger Geisteskranker, der nicht zur Familie gehört, auch nicht unter der Vormundschaft des Haushaltungsvorstandes steht, verpflegt wird. Diese Definition entspricht nicht dem Begriffe, welchen man gewöhnlich mit dem einer Anstalt zu verbinden gewohnt ist. Ich halte es desshalb für richtig, wenn in Preussen nur als solche eine gewerbsmässig betriebene aufgefasst wird und es eine Sache der Verwaltungsbehörden ist, festzustellen, ob im einzelnen Falle der Betrieb ein gewerbsmässiger ist oder nicht. Durch diese Einschränkung wird natürlich einer grossen Anzahl Geisteskranker die Wohlthat der staatlichen Aufsicht entzogen; indess hiesse es dem Worte „Anstalt“ Gewalt anthun, sich die belgische Auffassung anzueignen. Wenn auch der Gedanke, die in Familienpflege befindlichen Geisteskranken staatlich zu beaufsichtigen, nicht so leicht hinwegdiscutirt werden soll, so unterlasse ich hier ein weiteres Eingehen, da eine Erörterung darüber nicht im Bereiche meines Themas liegt.

Bisher wurde dargelegt, dass die Entwicklung der Privatirrenanstalten vom Staate zu unterstützen ist, dass sie einer schärferen Controle indess zu

unterliegen haben als die öffentlichen, dass diese Controle sich auf eine jede Irrenanstalt ohne Unterschied des Namens, sobald sie gewerbsmässig betrieben wird, zu erstrecken hat, alles Grundsätze, wie sie in Preussen zur Zeit innegehalten werden. Es ist nunmehr zu besprechen, in welcher Weise die staatliche Einwirkung sich auf diesem Gebiete äussert.

Diese offenbart sich in erster Linie dadurch, dass die Unternehmer der Privatirrenanstalten der Concession der höheren Verwaltungsbehörde gemäss § 30 der für das deutsche Reich giltigen Gewerbe-Ordnung bedürfen. Nach der Novelle zur Gewerbe-Ordnung vom 1. Juli 1883 kann die Concession versagt werden, wenn Thatsachen vorliegen, welche die Unzuverlässigkeit des Unternehmers in Bezug auf die Leitung und Verwaltung der Anstalt darthun, sowie wenn nach den von dem Unternehmer einzureichenden Beschreibungen und Plänen die baulichen und die sonstigen technischen Einrichtungen der Anstalt den gesundheitspolizeilichen Anforderungen nicht entsprechen. Ueber die Anträge auf Ertheilung der Concession hat der Bezirksausschuss zu entscheiden (Ges. vom 1. August 1883 § 115 Abs. 1). Gegen den versagenden Beschluss findet innerhalb 2 Wochen der Antrag auf mündliche Verhandlung im Verwaltungsstreitverfahren statt (das. Abs. 2). Gegen das Endurtheil des Bezirksausschusses ist nur das Rechtsmittel der Revision zulässig (§ 118 das.) Die genehmigende Behörde kann unter Umständen eine Frist festsetzen, binnen welcher die Anlage begonnen oder ausgeführt werden muss. Ist keine Frist festgesetzt, so erlischt die Genehmigung ein Jahr nach Empfang derselben (§ 49 der Gew.-O.). Endlich kann nach § 53 der Gew.-O. die Concession zum Betriebe einer Privatirrenanstalt von der Verwaltungsbehörde dann zurückgenommen werden, wenn die Unrichtigkeit der Nachweise, auf Grund deren solche ertheilt worden ist, dargethan wird, oder wenn dem Inhaber der Approbation die bürgerlichen Ehrenrechte aberkannt sind. Ausser diesen Gründen kann ferner die Genehmigung zurückgenommen werden, wenn aus Handlungen oder Unterlassungen des Inhabers der Mangel derjenigen Eigenschaften, welche bei der Ertheilung der Genehmigung nach der Vorschrift des Gesetzes vorausgesetzt werden mussten, klar rebellt. Führe ich nun noch an, dass nach § 115, Abs. 3 des Gesetzes vom 1. August 1883 für die im Verwaltungsstreitverfahren zu treffenden Entscheidungen die von den Medicinalaufsichtsbehörden innerhalb ihrer gesetzlichen Zuständigkeit getroffenen allgemeinen Anordnungen über die gesundheitspolizeilichen Anforderungen, welche an die baulichen und sonstigen technischen Einrichtungen dieser Anstalten zu stellen sind, massgebend sind, so sind damit die gesetzlichen Bestimmungen für das Königreich Preussen wiedergegeben, welche bei Ertheilung der Concession zur Errichtung einer Privatirrenanstalt berücksichtigt werden.

Nur auf einige wenige specielle Einrichtungen wird noch in der Ministerialverfügung vom 19. Januar 1888 hingewiesen. Durch diese wird verlangt, dass die für die Geschlechter gesonderten Badeeinrichtungen einen der Zahl entsprechenden Umfang haben und dass mindestens ein Arzt in Krankenanstalten, welche heilbare Irre aufnehmen, wohnen muss. Endlich wurde auch durch diese Verfügung festgesetzt, dass die Maximalzahl der gleichzeitig zu verpflegenden Kranken mit Rücksicht auf die Zahl und Grösse der einzelnen Räume zu bestimmen ist, wobei mindestens 25 Cbm. Luftraum für jeden Kranken in Rechnung kommen sollen.

Die Concession zur Errichtung einer Privatirrenanstalt ist demnach in Preussen an zwei Umstände geknüpft, einmal soll die Person gewisse Bedingungen erfüllen, dann soll die Anlage bestimmten Anforderungen entsprechen. Von der Person soll verlangt werden, dass sie dem Interesse der Kranken entsprechende Garantien biete, dass in der Leitung und Verwaltung derjenige besondere Grad von Umsicht, Erfahrung und Kenntniss nach der technischen wie nach der administrativen Seite hervortritt, welche erforderlich ist, wenn solche Anstalten ihren Character als gemeinnütziges Unternehmen behaupten sollen. Indem jedem Individuum durch die Gewerbeordnung das möglichste Maass der persönlichen Freiheit auf gewerblichem Gebiete gewährleistet werden sollte, wurde davon abgesehen, die Gewährung der Concession an bestimmte Bedingungen des Standes zu knüpfen, so dass ein jeder, von dem nach Lage der Dinge angenommen werden muss, dass er den Anforderungen entspricht, eine Privatirrenanstalt begründen kann. Hiergegen lässt sich prinzipiell nichts einwenden, weil die Verwaltung eines Krankenhauses ausser der eigentlichen Krankenbehandlung, wie ganz richtig in einer Verfügung vom 23. Sept. 1870 (v. Mühler) ausgeführt wird, in ökonomischer und finanzieller Beziehung umfassende Thätigkeiten in Anspruch nimmt, für welche eine ärztliche Vorbildung nicht unbedingt nöthig ist.

In zweiter Linie kommt die Art der Anlage mit allen technischen Einrichtungen in Betracht. Es ist anzunehmen, dass es dem der Regierung beigegebenen Medicinalrath obliegt, den Plan derselben zu begutachten und dass dessen Votum bei der Billigung für den Bezirksausschuss entscheidend ist. Einer privaten Nachricht zufolge wird derselbe indess, wenigstens was den Regierungsbezirk Potsdam betrifft, durchaus nicht regelmässig gehört.

Bei den zu stellenden Anforderungen seitens der Regierung sind mit Ausnahme der wenigen genannten (in der Verfügung vom 15. Jan 1888) bestimmte technische Vorschriften für die Anlage nicht getroffen, sondern es wird nur der Nachweis verlangt, dass den Anforderungen der Gesundheitspflege Genüge geschieht. Auch ohne Spezialgesetz wird eine umsichtige Behörde bei den bestehenden Bestimmungen, wie Schmitz (die Privatirrenanstalten u. s. w. pg. 86) richtig ausführt, hinreichende Anhaltspunkte finden, um ihrer Ansicht Geltung zu verschaffen, in gegebenen Fällen die Concession verweigern, wenn bei der Anlage von Privatirrenanstalten sowohl die allgemeinen für jede Krankenanstalt erforderlichen gesundheitlichen Verhältnisse als auch die den Irrenanstalten eigenthümlichen Einrichtungen nicht berücksichtigt werden.

Es wurde schon oben betont, dass für die Privatirrenanstalten eine eingehende staatliche Controle erforderlich ist. Eine periodische Revision derselben wurde bereits durch eine Circularverfügung vom 7. Mai 1859, welche an die Königlichen Regierungen erging, eingeführt. In Ermangelung näherer anleitender Bestimmungen wurden bis vor Kurzem von den einzelnen Bezirksregierungen, in Berlin vom Polizeipräsidium, speciellere Anordnungen zu diesem Zwecke getroffen. Diesen verschieden lautenden Verordnungen ist erst vor Kurzem durch die schon genannte Ministerialverfügung vom 19. Jan. 1888 ein Ende gemacht. Von dem Standpunkte aus, dass eine einheitliche Regelung einer solchen Materie nur wünschenswerth ist, ist jene Verfügung freudig zu begrüssen. Ohne nun auf die alten ausser Kraft gesetzten Bestimmungen, welche mir auch nur zum Theil zugänglich geworden sind, ein-

zugehen, erörtere ich zunächst die zur Zeit in Bezug auf die Revisionen bestehenden Anordnungen.

Die Privatirrenanstalten unterliegen jährlich zweimaligen regelmässigen Revisionen durch den Physikus oder durch einen von der Landespolizeibehörde zu bestimmenden psychiatrisch vorgebildeten ärztlichen Commissar. Dieser Behörde ist über die stattgehabte Revision ein ausführlicher Bericht zu erstatten, in welchem nach dem vorgeschriebenen Regulativ gewisse Punkte zu berücksichtigen sind. Diese betreffen den Zustand der Anstalt im allgemeinen und der Krankenräume im besonderen, ferner der Kranken selber, des Personals und endlich der Registratur. Es ist dabei nichts ausser Acht gelassen, was das Interesse der Kranken zu berücksichtigen erfordert; da nun auch diese regelmässigen Revisionen unvermuthet stattfinden sollen, so ist anzunehmen, dass der aufmerksam revidirende Arzt etwa sich darbietende Mängel entdeckt und die Abhilfe derselben bewirken wird.

Was die Aufnahme eines Geisteskranken in eine Privatirrenanstalt betrifft, so bestimmt die Verfügung vom 19. Januar 1888, dass sie auch unter dringenden Umständen nur auf Grund eines zuverlässigen ärztlichen Attestes erfolgen darf. Der Zuverlässigkeit des Attestes glaubt sich die Regierung dadurch versichern zu dürfen, dass im allgemeinen nur der Kreisphysikus oder der pro physicatu geprüfte Kreiswundarzt das Attest ausstellen soll. Nur in dringenden Fällen kann eine vorläufige Aufnahme auf Grund eines ausführlichen und wohlbegründeten Attestes erfolgen, jedoch ist alsdann der Kranke innerhalb der ersten 24 Stunden nach erfolgter Aufnahme durch den Physikus resp. den pro physicatu geprüften Kreiswundarzt zu untersuchen. Erforderlichen Falls ist die Untersuchung zu wiederholen.

In einer Ergänzung zur Verfügung vom 19. Januar 1888 ist am 7. December 1889 von den Ministern der Medicinalangelegenheiten, des Innern und der Justiz bestimmt worden, dass, wenn ein Geisteskranker auf Veranlassung oder unter Zustimmung der zuständigen Gerichts- oder Ortspolizei-Behörde in einer Privatirrenanstalt untergebracht werden soll, es hierzu der Beibringung eines Attestes des Kreisphysikus oder Kreis-Wundarztes nicht bedarf. Den vorbezeichneten Behörden bleibt es alsdann überlassen, sich vorher die erforderliche Ueberzeugung von dem geisteskranken Zustande der betreffenden Person auch durch ein zuverlässiges Attest eines andern approbirten Arztes zu verschaffen. Eine Abschrift dieses Attestes ist dem die Aufnahme des Kranken veranlassenden oder derselben zustimmenden Schreiben beizufügen. Nach einer solcher Art erfolgten Aufnahme eines Kranken in eine Privatirrenanstalt bedarf es einer nachträglichen Untersuchung durch den Kreisphysikus nicht.

Bei bereits entmündigten Kranken kann die Aufnahme auch ohne ärztliches Attest auf Antrag des gesetzlichen Vertreters erfolgen, ebenso bedarf es bei der Uebernahme von Kranken aus den Anstalten der Communalverbände ausser dem Uebergabeschein und einer beglaubigten Abschrift der Aufnahmeatteste bez. des Nachweises der erfolgten Entmündigung keines neuen Attestes von Seiten des beamteten Arztes. Nicht berücksichtigt ist in der Verfügung die Uebernahme eines Kranken von einer Privatanstalt in die andere Privatanstalt; zur Zeit bedarf es in einem solchen Falle eines neuen Aufnahmeverfahrens.

Für freiwillige Pensionäre bestehen noch besondere Bestimmungen gemäss dem an die Regierungen der Rheinprovinz und von Westfalen gerichteten Erlass vom 17. Juni 1874. Es bedarf danach einer ärztlichen Bescheinigung der Zweckmässigkeit der Aufnahme vom medicinischen Standpunkte und der schriftlichen Einwilligung der Pensionäre selbst oder ihrer gesetzlichen Vertreter.

Die Anzeige der erfolgten Aufnahme der Geisteskranken hat mit Ausnahme der auf Antrag der Behörden selbst aufgenommenen sowie der freiwilligen Pensionäre binnen 24 Stunden an die Polizeibehörde des Wohnortes des Kranken unter Beifügung einer beglaubigten Abschrift der Aufnahmeatteste sekret zu erfolgen; desgleichen ist dem Staatsanwalt derjenigen Gerichtsbehörde, bei welcher der Kranke seinen Gerichtsstand hat, Anzeige von der Aufnahme zu erstatten, endlich ist stets der Polizeibehörde des Ortes, in welchem die Anstalt gelegen ist, darüber Mittheilung zu machen. Bei dieser Behörde hat auch innerhalb derselben Zeit die Anmeldung über Aufnahme freiwilliger Pensionäre zu geschehen.

Endlich sind in der Verfügung vom 19. Januar 1888 Bestimmungen über die Entlassung gegeben; sie hat einzutreten, wenn der Kranke geheilt ist, und wenn auch dies nicht der Fall, sobald der rechtliche Vertreter desselben die Entlassung fordert. Hat bei der Aufnahme die Mitwirkung einer Polizei- oder Gerichtsbehörde stattgefunden, so muss diese ihre Zustimmung dazu zuvor geben. Endlich dürfen gemeingefährliche Geisteskranke nicht entlassen werden, wenn nicht ihre unmittelbare Ueberführung in eine andere Irrenanstalt sicher gestellt ist, und erst nach vorgängiger Benachrichtigung der Polizeibehörde desjenigen Ortes, in welchem sich die entlassende Irrenanstalt befindet. Dieselben Behörden, welche von der Aufnahme des Geisteskranken benachrichtigt worden sind, müssen auch von ihrer Entlassung Mittheilung empfangen.

Das jetzt innezuhaltende Verfahren bei der Aufnahme Geisteskranker in eine Privatirrenanstalt würde sich nach dieser Verfügung verschieden gestalten, je nachdem vom attestirenden Arzte der Fall für dringend angesehen wird oder nicht, resp. ob der Kranke von ihm für gemeingefährlich gehalten wird oder nicht. Es ist bisher unterlassen, auf die künstliche Unterscheidung, wodurch zwei Sorten Geisteskranke vor dem Gesetze bestehen, hinzuweisen. Es ist hier Gelegenheit gegeben auch darauf mit einigen Worten einzugehen.

Für den Arzt und insbesondere den psychiatrisch gebildeten ist nämlich der Begriff der Gemeingefährlichkeit ein sehr dehnbarer. Ein Kranker, welcher durch unaufhörliches Schwatzen seiner Umgebung störend ist, wird ebenso wie einer, der unter dem Eindruck lebhafter Sinnestäuschungen einen Mord begangen hat, gemeingefährlich genannt. Ein Kranker, welcher sich vernachlässigt und sich beschmutzt, ist gemeingefährlich gleich wie einer, der unter dem Einfluss deprimirter Gemüthsstimmung Lebensüberdruss zu erkennen giebt.

In den meisten Fällen nun oder immer sind aber bei einer geisteskranken Person Vorgänge zu constatiren, aus denen sich der Nachweis der Gemeingefährlichkeit herleiten lässt, um so mehr dann, sobald überhaupt die Absicht, den Kranken in eine Irrenanstalt unterzubringen besteht. Ist dem aber so,

so hat man unnöthiger Weise jene Unterscheidung in das Gesetz aufgenommen. Man musste, wie ich weiter folgere, in jedem Fall ein Attest des beliebig hinzugezogenen staatlich approbirten Arztes für die Aufnahme eines Geisteskranken in eine Pivatirrenanstalt für genügend erklären, wenn es nur zu dem Schlusse kommt: der Betreffende ist geisteskrank und seine Aufnahme in eine Irrenanstalt nothwendig oder gerechtfertigt oder wünschenswerth.

In der That soll sich das Aufnahmeverfahren, wie es gesetzlich ja zulässig ist, nach den Aeusserungen von Anstaltsbesitzern häufig genug dahin modificiren, dass der Kranke auf Grund des ärztlichen Begleitattestes, worin er wegen dieser oder jener Sache als gemeingefährlich erklärt worden ist, aufgenommen wird und der Physikus begutachtet gemäss I, 1 c des Reglements erst nachträglich.

Die mit dieser Begutachtung verbundenen unter Umständen nicht geringen Kosten hat natürlich der Kranke zu tragen; ausser diesem pecuniären Nachtheil hat er noch den, dass er kurz vor der Ueberführung in die Anstalt oder gleich am ersten Tag seines Anstaltsaufenthalts durch den Besuch eines von ihm nicht gewünschten fremden Arztes in seiner ihm so nöthigen Ruhe gestört wird. Schon das Circularrescript vom 16. Februar 1839 nimmt einen humaneren Standpunkt ein, welches den ungünstigen Einfluss, den jede vorgenommene amtliche Untersuchung auf den Gemüthszustand eines Kranken und dessen Heilung hat, anerkennt; 50 Jahre später wird aus Furcht vor ungerechtfertigter Freiheitsberaubung dieses Argument fallen gelassen und wieder ein rigoroseres Verfahren vorgeschrieben!

Während bei der Aufnahme eine Mitwirkung der Gerichts- oder Polizeibehörde nicht für erforderlich erachtet ist, und überhaupt gesetzliche Bestimmungen über die Antragstellung in der Verfügung vom 19. Januar 1888 nicht enthalten sind, treten nachträglich drei Behörden ein, denen von der stattgehabten Aufnahme sekret Mittheilung zu machen ist.

Die Staatsanwaltschaft und zwei Polizeibehörden müssen von dem Verbleib des Kranken erfahren. Mit Recht muss gefordert werden, dass ein staatliches Organ um den Aufenthalt des Kranken weiss, dass dieses eventuell in eine Prüfung der Sachlage eintritt und auch dafür sorgt, dass Person und Vermögen des Kranken genügend geschützt sind. Es sind zu dem Zwecke aber nicht die Anzeigen an drei Behörden nöthig, von denen zweien doch oft genug die Fähigkeit abgesprochen werden muss, ein Urtheil in dieser Angelegenheit fällen zu können. Während daher die Anzeigen an die beiden Polizeibehörden in erster Linie nur dazu dienen, unnöthiger Weise zur Verbreitung der Kunde über das Leid der schon genug beklagenswerthen Person beizutragen, ist sicherlich die Prüfung der Angelegenheit durch den Staatsanwalt erforderlich, welcher durch die Berechtigung, die Entmündigung einleiten zu können, in weitgehender, wenn auch indirecter Weise für die geisteskranke Person Sorge zu tragen vermag.

Es erübrigt nun zu besprechen, in wie weit Aenderungen in der staatlichen Controle der Irrenanstalten, öffentlichen sowie privaten, einzutreten haben, um die staatliche Aufsicht wirklich als einen erspriesslichen und segensreichen Ausfluss staatlicher Macht erkennen zu lassen. Der nächste und letzte Aufsatz soll sich mit dahin führenden Vorschlägen beschäftigen.

II. Referate und Kritiken.

199) **Edward Rice,** Case of extensive Tumour of Brain. (Fall von grossem Gehirntumor).

(The Brit. med. Journal. 21. Nov. 1891 pg. 1096.)

Ein 21jähriger Mann, ohne Lues, hatte 8 Jahr vorher 2 mal rheumatisches Fieber gehabt und 7 Wochen vor seiner Aufnahme im Spital am 6. October 1889 einen leichten Schlag durch einen Cricketball auf die Stirn erhalten. Der Fall ist interessant durch die sehr schnelle Entwicklung (in 3 Monaten) eines sehr grossen Tumors. Am 29. October war der Status folgender: Die Intelligenz hat gelitten; Kopfschmerz; häufiges Erbrechen; fast völlige Blindheit; weite Pupillen, links weiter als rechts; reagieren nicht auf Licht; etwas Ptosis beiderseits; Puls regelmässig, 40—50; keine Temperatursteigerung; taubes Gefühl in den Fingern links und in dem linken Bein und Fuss mit Verlust des Plantarreflexes. Gefühl an Gesicht und Zunge nicht vermindert; kein Verlust des Geschmacks und Geruchs, keine Taubheit. Percussion des Schädels nicht empfindlich. Intensive Neuritis optica, rechts mehr als links.

Im weitern Verlauf tritt auf: Urinretention, dann Incontinentia; gänzliche Erblindung. Unangenehme Geruchsempfindungen. Abweichen der Zunge nach links. Parese beider Faciales. Abnahme der Muskelkraft der linken Extremitäten; Schlaffsein der Muskeln. Kein Verlust des Gefühls; Hautreflexe fehlen links; am 9. November Krampfanfall von 1—2 Minuten. 14. November todt plötzlich.

Bei der Section fand sich Verdickung der Hirngefässe. Auf der untern Fläche des rechten Stirnlappens gelatinöse breite Neubildung entspringend vom Gehirn und die Siebplatte des os ethmoidale durchbrechend. Der Tumor (Myxogliom) dringt 1 Zoll in die Hirnsubstanz ein. Der rechte Seitenventrikel fast obliterirt. Thalamus und corp. striat. infiltrirt durch die Neubildung, die sich nach hinten erstreckt und die Insula Reilli afficirt; sie füllt das absteigende Horn des rechten Seitenventrikels aus; infiltrirt den rechten temporo-sphenoid.-Lappen; das rechte crus cerebri; die rechte Hälfte des Pons; die rechte Pyramide und beide Occipitallappen. Cerebellum frei. R. Wichmann (Braunschweig).

---

200) **E. v. Hippel.** Ein Beitrag zur Casuistik der Hypophysistumoren.

(Virchows Arch. Bd. 126 Heft 1.)

38jährige Wittwe; vor 2 Jahren mit schlechtem Sehen, Doppelsehen erkrankt. Allmählig rechtes Auge ganz blind, das linke amblyopisch. Oefters heftige Kopfschmerzen, Ohrensausen und Schwindel. Nie Erbrechen, Gedächtnissschwäche. Schwäche der Extremitäten. Pupillenbefund normal. Papillen bieten das Bild einer atrophirenden Stauungspapille (sog. Lymphstauung). Wechselndes Befinden mit anfallsweisem Reissen im Nacken,

rechtem Ohr und in den Zähnen rechts, sowie starkem Ohrensausen. Tod trat nach vorausgegangenem heftigem Kopfschmerz, starker Röthung und Hitze im Gesicht ziemlich plötzlich ein.

Die Section und die mikroskopische Untersuchung ergaben: Zell- und gefässreicher Tumor vom Vorderlappen der Hypophyse ausgehend nimmt die sella turcica ein, deren Wandungen er usurirt hat. Der nervöse Theil der Hypophyse, in dem Nervenfasern nicht mehr erkennbar sind, ist in seiner Form stark verändert, nach unten ziemlich deutlich gegen den zelligen Tumor abgegrenzt, während nach hinten beide Theile in einander übergehen und sich gegenseitig durchwachsen. Durch einen kurzen dicken, das Diaphragma der Dura durchsetzenden Stiel (infundibulum) hängt die Geschwulst mit einer histologisch gleichen zweiten zusammen, welche den 3. Ventrikel erfüllt, ohne in die ihn umgebende Nervensubstanz hineinzudringen, und sich in die stark dilatirten Seitenventrikel fortsetzt. Das infundibulum ist vom tumor z. T. durchwachsen, aber nicht erheblich zerstört. Die vom Tumor umwachsene Carotis interna ist unverändert. Nn. oculomotorii sind ganz normal, nn. trochleares zeigen etwas Rareficirung der markhaltigen Fasern. Die optici zeigen hochgradige druckatrophische Degeneration, besonders der linke.

Verf. lässt es unentschieden, ob der Tumor ein Sarcom oder Adenom sei, neigt aber zur letzteren Ansicht.

Der Tumor zeigt viele hyalin degenerirte Gefässe und ausgedehntere frische Haemorrhagien. Metastasen bestanden nicht. Das Eindringen von Hypophysisadenomen in die Hirnventrikel ist bisher nicht beobachtet worden.

Die Diagnose tumor cerebri war intra vitam von Prof. Erb gestellt worden. Dr. Feist.

---

201) **John H. Parsons,** Note on a case of cerebral softening. (Fall von Gehirnerweichung.)

(The Brit. med. Journal 26. Dez. 1891 pg. 1352.)

Schaefer und Moll haben durch Versuche an Affen gezeigt, dass einseitige Reizung des hintern Theiles des Stirnlappens mit schwachen faradischen Strömen conjugirte Ablenkung der Augen nach der entgegengesetzten Seite zur Folge hat. Wenn die Reizung an der obern Stirnwindung gemacht wird, geht die Ablenkung der Augen nach abwärts; an der untern Stirnwindung dagegen nach aufwärts. Das letztere zeigt folgender Fall beim Menschen.

Eine 47jährige Frau erwarb vor 2 Jahren sich durch einen Fall eine Schädelverletzung; Wunde $2^1/_2$ Zoll rechts von der Medianlinie, und $1^1/_4$ Zoll hinter der Linie für die Rolando'sche Furche. Wegen häufiger Krämpfe wird sie bewusstlos im Spital aufgenommen. Die Krämpfe begannen mit conjugirter Ablenkung der Augen nach links und aufwärts; sie waren begleitet von Zucken des linken Mundwinkels; gefolgt von clonischen Krämpfen der Arme, die schnell allgemein wurden.

Trepanation an der Stelle der Verletzung, ohne dass etwas pathologisches gefunden wird. Doch verringern sich die Krämpfe nach der Operation. Bald darauf Tod. Section: Kein Schädelbruch. Gehirn unter der Trepanationsstelle normal. Ein röthlicher Erweichungsheerd in der hintern

Hälfte der rechten unteren Stirnwindung; er dehnt sich nach dem untern Theile der mittleren Stirnwindung und etwas auf den vordern Theil des untern Drittels der aufsteigenden Stirnwindung aus.

Wichmann (Braunschweig).

---

202) **W. Erb** (Heidelberg): Ueber syphilitische Spinalparalyse.*) (Neurol. Centralbl. 1892 Nr. 6.)

Durch eine grössere Anzahl von Beobachtungen hat sich E. veranlasst gesehen, von den mannigfaltigen syphilitischen Erkrankungen des Rückenmarks ein besonders genügend characterisirtes und umschriebenes Krankheitsbild (von welchem Andeutungen sich nur bei Ross, Seeligmüller und Rumpf finden) abzugrenzen, für welches er den Namen: Syphilitische Spinalparalyse vorschlägt.

Die ausgebildete Krankheit zeigt neben dem Bilde der spastischen Spinallähmung mit sehr gesteigerten Sehnenreflexen, aber verhältnissmässig geringer Muskelspannung, regelmässig eine Betheiligung der Blase und eine meist nur geringe aber stets nachweisbare Störung der Sensibilität, während die obere Körperhälfte ganz frei bleibt.

Das Leiden entwickelt sich meist allmählig im Laufe von Wochen, Monaten, manchmal erst von Jahren (selten rapide in wenigen Tagen) mit Parästhesien (manchmal mit vorübergehenden Schmerzen), zunehmender Ermüdung, Schwäche, Steifheit der Beine und Blasenschwäche, welche letztere manchmal monate- und jahrelang isolirt vorausgeht. Unter zunehmender Erschwerung des Gehens kommt es zur hochgradigen spastischen Parese (selten zur Paraplegie, die sich dann auch meist bald wieder bessert), wobei die grobe Kraft oft noch recht erheblich, Muskelspannungen und Contracturen bei $^9/_{10}$ aller Fälle nur in sehr geringem Maasse vorhanden sind, während sich die Sehnenreflexe in ausgesprochener Weise gesteigert zeigen. Subjective Sensibilitätsstörungen sind fast stets vorhanden, objective fehlen manchmal ganz, oder sind nur gering, erstrecken sich auf einzelne Qualitäten, oder sind nur local, circumscript. — Blasenschwäche und Impotenz ist beinahe constant; Retentio und Incontinentia urinae nicht so constant und meist nicht sehr erheblich (in $^1/_4$ der Fälle war Catheter oder Urinal erforderlich).

Der Verlauf zeigt eine unverkennbare Tendenz zur Besserung (besonders nach energischen specifischen Curen). In der Hälfte der Fälle tritt erhebliche Besserung ein; in einzelnen Fällen schreitet jedoch die Krankheit unaufhaltsam fort bis zum letalen Ausgang.

Differential diagnostische Schwierigkeiten ergeben sich nur der Myelitis transversa gegenüber. Für die syphilitische Form spricht der geringe Grad der Lähmung, welche, wenn eingetreten, sich meist bald so weit verliert, dass die Kranken herumgehen können, und der Sensibilitätsstörungen, vielleicht auch der Muskelspannung, ohne dass E. diese Kriterien für durchgreifende ansieht. — Leichter ist die Unterscheidung von andern syphilitischen Erkrankungen des Rückenmarks und des Centralnervensystems, mit welchen dieselbe übrigens häufig combinirt vorkommt.

Was die Abhängigkeit von der Lues betrifft, so erscheint das Leiden verhältnissmässig früh nach der Infection (bei 13 von 2[illegible] Fällen in den ersten 3 Jahren, bei 18 in den ersten 6 Jahren; nur bei 4 Fällen in einem

*) cfr. den Artikel von Dr. Muchin im vorigen Heft dieses Blattes.

Zwischenraume von 9—20 Jahren). Als interessante Einzelheit bemerkt E., dass nach Lues die Tabes ungefähr 10 mal häufiger auftritt, als diese Spinalerkrankung. E. sah in den letzten 10 Jahren ca. 400 Tabesfälle, aber nur 30—35 Fälle der syphilitischen Spinalparalyse.

Die anatomische Läsion ist nach E. im Dorsalmark zu suchen. Da das ganze Symptomenbild, besonders das Fehlen des Fortschreitens nach oben eine Systemerkrankung ausschliesst, meint E., dass es sich um eine partielle Querschnittsläsion und zwar in der Regel um eine symmetrisch gelagerte Affection in beiden Rückenmarkshälften handeln wird, welche vermuthlich in den hintern Seitenstranghälften localisirt ist und von diesen auf die grauen Hintersäulen und die weissen Hinterstränge übergreift.

Zum Schlusse stellt E. folgende Fragen zur Discussion:

1. Ist die auf Syphilis beruhende Zahl der sogenannten dorsalen Myelitiden gross genug, um von der Gesammtzahl der Fälle von Myelitis dorsalis als eine besondere Form abgelöst zu werden? (nach E's. Beobachtungen in den letzten 10 Jahren 35—40%.)
2. Hat diese syphilitische Form der dorsalen Myelitis etwa besonders unterscheidende Merkmale?
3. Ist unter den vielen Formen der luetischen Spinalerkrankungen die „syphilitische Spinalparalyse“ zahlreich genug vertreten, um als ein abgerundetes Symptomenbild herausgehoben zu werden, das man auch in combinirten und verwickelten Fällen als Kern oder als Theilerscheinung erkennen kann?
4. Liegt endlich diesem Symptomencomplexe eine bestimmte und immer in ähnlicher Weise localisirte anatomische Veränderung zu Grunde und welche? Sind etwa bestimmte Gefässterritorien gerade im Dorsalmark damit in Beziehung zu bringen? Hoppe (Allenberg).

---

203) **J. E. D'Oench** (New-York). A case of traumatic paralysie of the abducent and oculomotor nerves.“

(The Medic. Record 4. April 1891.)

Ein junger Mann sah unmittelbar, nachdem er sich am rechten obern Augenlide nahe dem inneren Orbitalrande mit der Rippe eines Schirm's verletzt hatte, doppelt; 3 Tage später fand der Arzt eine kleine, subconjunctivale Hämorraghie am untern inneren Theile des Auges, normalen Augenhintergrund, gut reagirende Pupillen, Parese der mm. rect. externus und superior. Heilung nach 2 Monaten. Verf. meint, dass die Parese durch einen im hintersten Theile der Augenhöhle befindlichen Bluterguss entstand, der den abducens und einen Zweig des n. oculomotor. comprimirte. Voigt.

---

204) **Richard Stern** (Breslau). Ein Fall von Drucklähmung des Armes.

(Berl. Kl. Wochenschr. 1891 Nr. 46.)

Einem 22jährigen Manne wurde wegen einer von einer Schnittverletzung am rechten Zeigefinger auf den Arm sich fortsetzenden Schwellung am 12. Tage nach dem Trauma von dem behandelnden Arzte ein fingerdicker Gummischlauch um den Schultergürtel (in der Achselhöhle über das Schlüsselbein) zweimal herumgelegt und 6 Wochen liegen gelassen. Schon vor der Abnahme des Schlauches war der Arm theilweise unbeweglich ge-

worden. Trotz längerer electrischer Behandlung nahm die Lähmung zu und der Umfang des Armes erheblich ab. Der Arm wurde völlig gebrauchsunfähig.

Stat. 5 Jahre später: Der rechte Arm von äusserst dürftigem Habitus hängt schlaff herab. Die rechte Schulter etwa 5 cm. niedriger als die linke. Die rechte Clavicula eigenthümlich deformirt (19 cm. lang, links 21,5 cm.), ebenso rechte Scapula kleiner als die linke und in ihrer Stellung verändert. Die Muskeln um das Schultergelenk geschwunden; Der Kopf des Humerus fast ganz aus der Pfanne herausgeglitten.

Der rechte Arm um 7 cm. kürzer als der linke, ausserdem die Knochen am rechten Arm erheblich dünner als links. Der Arm wird im Ellenbogen leicht flectirt gehalten, Streckung und Supination des Unterarms beschränkt. Ebenso sind Handgelenk und Fingergelenke etwas flectirt und Extension sowie Abduction merklich eingeschränkt.

Die active Beweglichkeit im Schulter- und Ellenbogengelenk in Folge der Lähmung sämmtlicher in Betracht kommender Muskeln völlig aufgehoben.

Atrophie der Mm. pectorales, supra- und infraspinati, der adductorischen Partien und der untersten Partie des cucullaris (vollständig), des Flex. carpi-ulnaris (vollständig) und der meisten Muskeln des Vorderarmes sowie der Hand. Die electrische Erregbarkeit in den atrophirten und gelähmten Muskeln total erloschen. Der rechte Arm kühler als der linke (Temperaturunterschied von 4^0 bis 6^0 zwischen beiden Seiten).

Verf. führt die Lähmung und Atrophie auf die Compression des Plex. brachialis zurück. Der Umstand, dass Muskeln ähnlicher Function zum Theil betroffen, zum Theil verschont geblieben sind, weist nach S. darauf hin, dass zwischen den sie versorgenden Nervenfasern bezüglich ihrer Widerstandsfähigkeit gegen Compression erhebliche Unterschiede bestehen müssen. Hoppe (Allenberg).

---

205) Dr. **G. D'Abundo.** Nevriti periferiche infettive e nevriti ascendenti. Ricerchi sperimentali.

(La psichiatria 1890. Fasc. 3 und 4.)

Verf. hat subcutane Injectionen von Mikroorganismen in die Nervi ischiadici von Hunden, Kaninchen und Meerschweinchen gemacht, nach einigen Tagen oder Monaten die Thiere getödtet und die betreffenden Nerven mikroskopisch untersucht. Die benutzten Mikroorganismen waren Culturen von Friedländer's Pneumococcus, Typhus und Tuberkelbacillen. Die Impfungen mit virulenten Culturen sowohl in die Nervenscheide selbst als in die Umgebung des Nerven bewirkten locale Erscheinungen, meist in Perineuritis und Endoneuritis interstitialis von verschiedener Intensität bestehend und in den stärksten Graden zu Atrophie und Degeneration des peripher von der Läsionsstelle gelegenen Nervenstücks führend. Das centrale Stück ward stets intact gefunden. Sterilisirte Culturen bewirkten nur ganz leichte und immer locale Erscheinungen. Exstirpation der motorischen Region des Grosshirns sowie Durchschneidung der Seitenstränge des Rückenmarks liessen die Erscheinungen an der Impfstelle des Ischiadicus stärker erscheinen, aber das central davon gelegene Stück blieb auch hierbei intact.

Für die Entstehung der Neuritiden bei Infectionskrankheiten glaubt Verf. ausser neuropathischer Belastung und den im Körper kreisenden pathogenen Mikroorganismen resp. deren Stoffwechselproducten noch eine eigenthümliche Alteration des Chemismus (der Alcalität oder Acidität) in den betroffenen Nerven, sowie peripher gelegene mechanisch hydraulische Zustände annehmen zu müssen. Dr. Feist.

---

206) **William Gardner** (Adelaide). Gunshot wound of arm, resection of ulnar nerve; suture after displacement; recovery. (Schusswunde des Armes, Resection und Vernähung des Ulnaris nach Verlagerung desselben; Heilung). (The Lancet, 10. October 1891 pg. 808.)

Verf. theilt nach kurzer Aufzählung der bisher geübten Methoden der Nervenvereinigung folgenden Fall mit:

I. R. erhielt am 19. August 1890 eine Schusswunde in den Arm. Verf. untersucht ihn zuerst am 8. Dec. 1890: Es zeigt sich eine frische Narbe an der Innenseite der Beugefläche des Vorderarms; eine zweite durch Pulver verfärbte unregelmässige Narbe an der Innenseite des Oberarms. Anästhesie an der Streckseite der Hand, den ganzen Kleinfinger, halben Ringfinger und die zugehörige Partie auf dem Dorsum der Hand an der Ulnarseite, an der Palmarseite, ebenso den ganzen Kleinfinger, halben Ringfinger und Ulnarfläche der Hand und Hypothenar betreffend.

Operation 9. Dec. Aethernarcose. Beide Wunden eröffnet; in der am Vorderarm nichts abnormes. Freilegung des Ulnaris in der oberen; der Ulnaris zeigt sich zerstört und tief blau-grün verfärbt; enthält ein Schrotkorn Nr. 4. Entfernung des Schrotkorns; Resection des Ulnaris in $1^1/_2$ Zoll Länge. Versuch die beiden Enden aneinander zu nähen misslingt, weil wegen zu grosser Spannung die Nähte nicht halten. Freipräpariren des Ulnaris aus seiner Scheide je 6 Zoll lang am Ober- und Unterarm; zurückpräpariren der Haut an der Vorderfläche des Ellbogengelenks. Der Ulnaris wird dort hinüber gelagert und dort vernäht und mit Haut bedeckt. Sublimatverband. Am 11. December kehrt schon grobes Gefühl in den Fingern wieder; Zunahme der Empfindung bis März 1891, wo die Empfindung normal ist und die Finger wieder völlig gebeugt und gestreckt werden können. R. Wichmann (Braunschweig),

---

207) Prof. Dr. **Eichhorst**. Beiträge zur Pathologie der Nerven und Muskeln. Neuritis diabetica und ihre Beziehungen zum fehlenden Patellarsehnenreflex. (Virch. Archiv Bd. 127 Heft 1.)

Bei zwei Frauen, die unter Coma diabeticum zu Grunde gingen, hatte der Patellarsehnenreflex gefehlt. Die anatomische Untersuchung ergab bei Beiden eine ausgebildete Neuritis diabetica, namentlich im Gebiet der Nn. crurales. Bei beiden Kranken verbreitete das Gehirn bei der Section einen aromatischen Geruch, während im Leben ein ähnlicher Geruch in der Umgebung der Kranken nicht beobachtet war. Das Pankreas war bei Beiden stark atrophisch; das Rückenmark, vordere und hintere Wurzeln und die Nn. mediani waren völlig normal; Nn. ischiadici im einen Fall wenig, im anderen lebhaft degenerirt.

Die Arbeit ist von grossem Interesse, da es bis jetzt nur eine erschöpfende und einwurfsfreie Beobachung von Diabetes mit f hlendem

Patellarreflex gibt. (Fall von Nonne). Hier erwies sich das Nervensystem als unversehrt. Es kann somit das Verschwinden des Patellarreflexes in manchen Fällen als rein functionelle Störung, in anderen als auf neuritischer Veränderung der Cruralnerven beruhend, angesehen werden.

Dr. Feist.

---

208) **Hallager.** Difteritisk Lamhed (Diphteritische Lähmung).
(Hospitalstidende 1891 Nr. 33.)

Die diphteritische Parese wird durch das Ptomain des Diphteritisbacillus hervorgerufen, auf welchen Theil des Nervensystems das Gift wirkt, ist noch nicht festgestellt. Die Sectionsresultate haben nicht nachweisen können, ob es gleichzeitig die graue Rückenmarksubstanz und die peripheren Nerven ergreift, oder ob das Rückenmarksleiden das Primäre ist, oder ob endlich die Lähmung durch eine multiple Neuritis bedingt ist. Das Verhalten des Patellarreflexes spricht am ehesten für medullären Ursprung, ohne es jedoch mit Sicherheit bestimmen zu können. H. theilt einen Fall mit Parese und Anästhesie aller 4 Extremitäten mit. Die Parese war ohne besonderes Interesse. Die Anästhesie begann in den Zehen und breitete sich das Bein entlang aus, auch von der Anästhesie der Oberextremitäten lässt sich annehmen, dass sie von der Peripherie nach dem Centrum hin fortgeschritten ist. Sie verschwand wieder auf entgegengesetztem Wege, indem sich ihre Grenze nach und nach immer mehr abwärts zog, — immer nach oben hin durch eine Kreislinie begrenzt. Dieses Verhalten deutet mit Bestimmtheit darauf hin, dass die Anästhesie durch einen krankhaften Zustand im Rückenmark bedingt ist. Für medullären Ursprung spricht auch die Ausbreitung der Parese auf alle 4 Extremitäten und der vollständige Mangel an Sehnenreflexen.

Willerup (Oringe).

---

209) **Tigges.** Zur Theorie der Hallucinationen.
(Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 48, p. 309.)

Das wesentlichste Moment bei den Hallucinationen ist die gesteigerte Erregbarkeit der Sinnescentren. Nach den Munk'schen Versuchen ist der Sitz dieser Sinnescentren in der Grosshirnrinde zu suchen; dafür spricht auch eine Anzahl klinischer Erfahrungen. Wie die normale Wahrnehmung ist die Hallucination nur durch ihre Beziehungen zum gesammten Bewusstseinsinhalt zu begreifen. Sie geht zahlreiche Associationen ein, verschmilzt mit Erinnerungsbildern gleicher oder ähnlicher Wahrnehmungen etc.; sie ist aber auch das Resultat innerlich bedingter Gedankengänge, und erhält dann ihre sinnliche Qualität durch die erhöhte Erregbarkeit des Sinnescentrums. Dadurch, dass ein Theil der erregenden und erregten Vorstellungen dem Gebiet des Unbewussten angehört, erhält die Hallucination den Character des Fremdartigen. — Mit der gesteigerten Erregbarkeit des Sinnescentrums kann aber auch eine solche der peripheren Sinnesbahn einhergehen. Als Kriterien derselben sind zu betrachten: Zeichen der Erkrankung des betreffenden Sinnesorgans und voraufgehende oder begleitende elementare Sinnesempfindungen. Von nur relativem Werth sind das Auftreten und Verschwinden der Hallucination bei Verschluss des Sinnesorgans, die Einseitigkeit und das Vorhandensein von Sensationen im Ohr bei Gehörshallucinationen. Doch bedarf diese Frage noch weiterer Aufklärung.

Diese im allgemeinen als feststehend anzusehende Theorie überträgt Verf. auch auf die Hallucinationen im Bewegungsgebiet. — Die Bewegung wird normal durch einen sensibeln Factor hervorgerufen, der das Streben erzeugt, ein Lustgefühl hervorzurufen oder ein Unlustgefühl abzuhalten; die Uebertragung der Erregung auf die psychomotorischen Centra führt zur Auslösung der Bewegung, welche als motorische Innervation oder Willensimpuls empfunden, als Handlung in Erscheinung tritt. Die letztere entspricht der vollkommenen Sinneswahrnehmung und steht ebenso wie diese in Beziehung zum gesammten Bewusstseinsinhalt; sie hinterlässt eine Bewegungsvorstellung, welche an sich keine Bewegung-erzeugende Kraft haben kann. Die kinästhetischen Empfindungen sind nur Folgeerscheinungen der Bewegung, reguliren die Ausführung derselben und verschmelzen im Bewusstsein mit ihr zu einer Gesammtbewegungsempfindung. Eine gesteigerte Erregbarkeit und krankhafte Erregung des psychomotorischen Centrums führt zu spontan ausgelösten Bewegungsimpulsen, welche ihren Inhalt aus bewussten und unbewussten Vorstellungen erhalten und ergänzen. Dieses sind die Hallucinationen im Bewegungsgebiet. — Freilich können auch anormale Bewegungen aus einem anormalen Gefühlsfactor hervorgehen, also auch aus kinästhetischen Empfindungen, wie es bei Melancholikern nachgewiesen ist: dann sind sie aber nicht als Hallucinationen im Bewegungsgebiet aufzufassen. Als solche sind vielmehr maniakalische Zustände, manche Zustände bei acutem Wahnsinn, impulsives Irresein, manche Erscheinungen des epileptischen Automatismus, Zwangsreden, Zwangsbewegungen und -Handlungen bei Paranoia, katatonische Haltungen und Bewegungen anzusehen.

Cramer's Versuch, die inneren Stimmen, Zwangsvorstellungen, Zwangsreden und Gedankenlautwerden durch Hallucinationen in der centipetalen Bahn der Sprachmuskelgefühle zu erklären, ist daher keineswegs einwandfrei. Vor allen ist die Anschauung Strickers, auf welcher Cramer's Ausführungen basiren, nicht richtig, denn der Denkprocess kann, wie sich namentlich für Gesichtswahrnehmungen leicht nachweisen lässt, ohne Wortvorstellungen vor sich gehen. Dann liegt auch gar kein Grund vor, für die Erklärung die centripetale Bahn gegenüber der centrifugalen zu bevorzugen, krankhafte Erregung der centripetalen Bahn allein genügt nicht fürs Zustandekommen der Hallucination. Auf dem Sinnesgebiet entstehen in diesem Fall nur elementare Empfindungen; die Annahme einer krankhaften Erregbarkeit des psychomotorischen Centrums ist also nicht zu umgehen. Ausserdem müsste noch der wesentlichste Factor der innern Wortbildung, der motorische Impuls, hinzuergänzt werden. Endlich wird die Wichtigkeit des motorischen Wortcentrums gegenüber dem sensorischen bedeutend überschätzt, wie namentlich das Krankheitsbild der motorischen corticalen Aphasie zeigt. — Verf. kommt daher für die Erklärung der inneren Stimmen, der Zwangsvorstellungen, des Zwangsredens und des Gedankenlautwerdens zu folgenden Schlüssen: Ein Theil dieser Vorstellungen tritt ohne oder nur in secundärer Beziehung zu Wortvorstellungen auf; in letzterem Falle liegt kein Anhalt dafür vor, die krankhaften Erregungen der centripetalen Bahn der Sprachmuskelgefühle vor denen der centrifugalen motorischen Innervation zur Erklärung zu bevorzugen. Dieselben

sind vielfach und die Gehörshallucinationen in höherem Grad wesentlich als Functionen des sensorischen Wortcentrums aufzufassen.

Der Sitz der psychomotorischen Centren ist in der Grosshirnrinde zu suchen. H. Dehio (Rothenberg).

---

210) **Moeli.** Lüge und Geistesstörung. Ein Gutachten.
(Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 48, H. 4.)

Ausführliche Krankheitsgeschichte und Begutachtung eines psychisch abnormen, zu lügenhaften Erfindungen und Betrügereien geneigten Mannes, der wiederholt mit dem Strafgesetz in Conflict schon öfters psychiatrisch begutachtet wurde. In der Einleitung betont M. das bei Kranken häufige Vorkommen von Uebergängen zwischen bewusster Lüge und oberflächlich haftenden Einbildungen. Die genaue Kenntnissnahme des Falls wird gerade jetzt, wo die Aufmerksamkeit für die pathologische Lüge durch die bekannte Mittheilung von Delbrück neu belebt ist, von Interesse sein.

Mercklin.

---

211) **A. Behr.** Die Frage der Katatonie oder des Irreseins mit Spannung.
(Dorp. Diss. 1891 Riga, Häcker 60 S.)

Verf., dessen Arbeit der Anregung Kraepelin's ihre Entstehung verdankt, tritt der Auffassung der Katatonie als besonderer Krankheitseinheit entgegen und sucht nachzuweisen, dass die katatonen Symptome („der Kahlbaum'sche Complex") im Verlauf der nach Entstehung, Ablauf und Ausgang verschiedenartigsten Seelenstörungen beobachtet werden. Es erscheint willkürlich, den sogenannten Phasen der Katatonie den Character von Krankheitsstadien zuzusprechen. Die Agitation und der Stupor gehören eng zusammen. Der stete unregelmässige Wechsel zwischen zwangsmässiger Erregung und erzwungener Starre kennzeichnet den katatonen Zustand. Zur Stützung seiner Anschauungen führt Verf. 7 Krankheitsgeschichten mit epikritischer Besprechung vor, an denen der Nachweiss geliefert wird, dass katatone Symptome ausser bei Paralyse und Epilepsie auf der Basis von originären, von constitutionellen (Paranoia), von acuten (Wahnsinn, Erschöpfungszustände) und von periodischen Psychosen vorkommen. Eine grosse Zahl der in der Casuistik Kahlbaums und seiner Nachfolger beschriebenen Fälle kann der Gruppe des katatonischen „Wahnsinns" (Kraepelin) eingereiht werden und mit Recht betont Verf., dass in dem Maase, als diese — von Vielen noch als „acute Paranoia" aufgefasste — Gruppe Eingang in unsere Classification findet, die Katatonie als eigene Krankheit verschwinden wird. Die Arbeit B's. begegnet vielfach den Anschauungen Serbsky's (dies. Centralbl. 1891. April). Anhangsweise werden kurz zwei Fälle von organischer Hirnerkrankung mit kataleptischen Symptomen mitgetheilt.

Mercklin.

---

212) **v. Krafft-Ebing.** Ueber eine seltene Form von Neurasthenia sexualis mit Zwangsvorstellungen.
(Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 48 H. 4.)

v. K.-E. schildert auf Grundlage von 4 Krankengeschichten einen schweren psychischen Krankheitszustand, der sich als selteneres Vorkomm-

niss bei meist belasteten Individuen auf Grundlage allgemeiner Neurasthenie entwickelt. Indem die Symptome reizbarer Schwäche besonders in den Sexualorgánen hervortreten, drängen sich Zwangsvorstellungen erotischen bezw. obscönen Inhalts immer mehr in den Vordergrund, ebensowohl an Personen wie an beliebige indifferente Gegenstände des täglichen Gebrauchs anknüpfend. Entgegen den nymphomanischen Zuständen sind die erotischen Vorstellungen hier nicht mit Lustgefühlen betont. Das Bewusstsein empfindet den sexuellen Erethismus in peinlichster Weise. Bei der Hartnäckigkeit des qualvollen Leidens gelangen die Pat. bei klarer Einsicht zu ernster Selbstmordneigung.

Therapeutisch empfiehlt Verf. vollständige Ruhigstellung der vita sexualis, Hydrotherapie, Brompräparate und psychische Behandlung. In schweren Fällen ist die Zuführung von Morphium nicht zu umgehen.

Mercklin.

---

213) **Alexander Miles,** Two cases of traumatic epilepsy treated by trephining.

(The Lancet. 21. und 28. Nov. 1891.)

1. Fall. Andrew S.; 42 Jahr alt, erhielt November 1884 einen Schlag auf den Scheitel. Wunde heilt per primam. Kein Kopfschmerz. Narbe immer empfindlich und schmerzhaft. Am 26. Juni 1888 erster epilept. Anfall Nachts. Dann werden die Anfälle häufiger. Zuletzt nahmen sie folgenden Verlauf. Regelmässiger Beginn mit Ablenkung der Augen nach rechts und aufwärts; dann Verziehung des rechten Mundwinkels nach aussen und leicht nach oben. Runzelung der rechten Augenbraue. Ausstossung eines Schreies; Drehen des Kopfes nach oben. Anfangs tonischer, später clonischer Krampf in den betroffenen Muskeln. In letzter Zeit waren die Krämpfe nicht auf die Arme ausgebreitet. Keine Bewusstlosigkeit. Pupillen während des Krampfes weit. Verlust der Sprache bei Beginn des Anfalls; Patient bleibt auch noch einige Zeit nach Aufhören des Krampfes sprachlos. Alle 20—30 Minuten tritt ein Anfall ein. 10. Juli 1888 Operation. Incision über der Narbe. Es wird nichts Pathologisches gefunden. Heilung glatt. Rückkehr der Krämpfe; anfangs nach der Operation 40 Anfälle pro Tag, später 60—87, am 22. Juli 104, am 23. Juli 219 Anfälle. Ihre Zahl hält sich bis 3. August über 100 pro Tag, sinkt am 4. August auf 73; 5. auf 19, 6. auf 2 Anfälle. September 1891: er hat keinen Anfall wieder gehabt.

2. Fall. John E., 35 Jahr alt; aufgenommen am 18. Mai 1889. Vor $4^1/_2$ Jahren erhält er während eines Streites mit einem Stein einen Schlag auf den Kopf, 6 Monate später einen Schlag mit einer Flasche auf den Kopf (Lappenwunde). Er war früher Boxer von Profession und hat sehr viel Narben auf dem Schädel. Eine Narbe zeigt deutliche Depression. Fortwährendes Zucken der Gesichts- (Lippen-) Muskeln. Erschwertes Ausstrecken der Zunge. Das entstand 1 Jahr nach der Verletzung mit der Flasche. Zeitweilige Contraction der Muskeln des äussern Ohres und des occipito-frontalis. Zuckende Bewegungen in den metacarpo-phalangeal. Gelenken; gelegentliche Flexion und Extension des Handgelenks. Beim Stehen Zucken der Zehen, namentlich rechts. Zeitweilig Schwindel, Kopfschmerz,

Erbrechen; Zuckungen der Augenlider. Depressionsnarbe nicht druckempfindlich.

21. Juni 1889 Operation. Incision über der Depression an der linken Seite etwas oberhalb und vor dem Ohre. Der Musc. temporal. ist in 2 Theile getheilt durch eine fest adhärirende Narbe. Dieses täuscht die Depression vor. Keine Schädelknochendepression. Verdickung der Dura. Entleerung einer Cyste in derselben. Etwa $^1/_2$ Quadratzoll grosse Depression der Hirnoberfläche. Gehirn erscheint gesund. Verband. Kein Nachlass der Krämpfe. Später stellt sich heraus, dass er syphilitisch ist und wird eine antiluetische Kur eingeleitet. Wichmann.

---

214) **F. Rowland Humphreys** (London): The use of atropine in cases of Lead-Poisoning. (Atropin bei Bleivergiftung.)
(The Lancet. 21. Nov. 1891 pg. 1161.)

Der Autor hat schon am 11. Mai 1889 in der Lancet einen hierhergehörigen Fall mitgetheilt. Er fügt jetzt 5 weitere hinzu und zieht folgende Schlüsse:

1. Bei Bleivergiftung beseitigt Atropin in ganzer Dosis sehr schnell die Kolik und den Kopfschmerz.
2. Es regelt den Stuhlgang.
3. Es befördert die Rückkehr der Körperkraft.
4. Es unterstützt direct oder indirect die Entfernung des Bleies durch das Jodkali. Wichmann.

---

215) **Thomas Mackenkie:** Ein Fall von Vergiftung mit Paraldehyd.
(Brit. med. Journal 1891 Nr. 12 pg. 1254.)

Eine Frau hatte 105 Gramm Paraldehyd aus Versehen genommen. Sie kam trotz der enormen Dose nach 34 stündigem Schlaf (Puls 120, Respiration 40—60) wieder zu sich und genas.

v. Krafft-Ebing sah einmal Vergiftung und Genesung nach Einnahme von 40 Gramm. Obiger Fall zeigt die relative Ungefährlichkeit des Mittels. Wichmann.

---

216) **Graeme M. Hammond:** Sulfonal in affections of the nervous system.
(The journal of nervous and mental disease. July 1891)

Kurze Empfehlung des Sulfonals in den üblichen Dosen und der bekannten Form (heisse Milch). Nur sehr selten beobachtet man unangenehme Wirkungen (Vertigo, Stupor, Delirium). Strauscheid.

---

217) Sull' azione ipnotica del Petronale nelle malattie mentali.
(Rassegna clin. e statist. della villa di salute di Palermo 1891. Fasc. 2.)

Das Petronal hat dem Sulfonal sehr ähnliche Wirkung; ist aber stärker wirkend als dieses. Die angewandte Dosis betrug 2—3 Gramm. Es tritt eine Gewöhnung an das Mittel in dem Sinne ein, als eine Anfangsdosis von 3 gr. leichte Vergiftungserscheinungen (Kopfschmerz, wackelnder Gang) verursacht, während später eine derartige Dosis ohne jede Störung vertragen wird. Verf. empfiehlt daher mit höchstens 2 Gramm anzufangen; er zieht das Sulfonal vor, da dieses einen ruhigeren, dem Physiologischen näher kommenden Schlaf erzielt. Dr. Feist.

---

218) **Ostermayer** (Budapest). Klinische Mittheilungen.
(Allgem. Zeitschr. für Psych. Bd. 48, Heft 4.)

1. Ein durch gynäkologische Behandlung geheilter Fall von Psychose wird durch Besprechung der Literatur und der bisher festgestellten Indicationen für eine gynäkologische Behandlung bei Psychosen eingeleitet. Nach der Anamnese war die 32jahrige Pat. bereits einmal im Anschluss an eine Endometritis chronica mit Erosionen an der Portio deprimirt und psychisch gehemmt und genas nach zweimonatlicher Badecur mit localer Behandlung. Als sich nun nach 3 gesunden Jahren die alten Sexualbeschwerden successive wieder einstellten, Pat. wieder deprimirt und schliesslich unter dem Bilde einer stuporösen Verwirrtheit mit Angstzuständen der Anstalt übergeben wurde, entschloss sich Verf. nach Feststellung des Befundes: Endometritis chronica mit Metritis, Catarrh. cervicis et vaginae chronic. bei Bettbehandlung Chlorzinkätzungen der Uterinschleimhaut, Scheidenausspülungen mit Sublimatlösung und Einlegen von Tanninglycerintampons vorzunehmen. Bei dieser Behandlung trat nach 4 Wochen Genesung ein. — Wie schwierig in solchen, selten eindeutigen Fällen, die Beurtheilung des Causalnexus und der therapeut. Erfolge ist, dafür spricht auch der Umstand, dass der anfangs vom Verf. hinzugezogene Gynäkologe ein zufälliges Nebeneinander von Frauenleiden und Psychose annahm und deshalb jede specifische Behandlung widerrieth.

2. Ein klassischer Fall Kahlbaum'scher Katatonie. Krankengeschichte. O. steht ganz auf K.'s Standpunkt, sieht die Katatonie als selbstständige Krankheitsform an. Mercklin.

---

219) **Näcke** (Hubertusburg). Hyoscin als Sedativum bei chronisch geisteskranken Frauen.
(Allgem. Zeitschr. für Psych. Bd. 48 H. 4.)

H. hydrojodicum bei chronisch unruhigen, unheilbar geisteskranken Frauen per os zu $1{,}0$ — $2{,}0$ — $6{,}0$ mgr. p. die verabreicht, hat sich N. als Sedativum nicht bewährt. Beruhigung trat in mässigem Grade nur während der Cur ein. Im übrigen zeigten sich die bekannten, unerwünschten Intoxicationserscheinungen. Collapsartige Zustände wurden verhältnissmässig oft gesehen. Zum Schluss lobt N. dem chemischen restraint gegenüber die Bettbehandlung. Mercklin.

---

220) **A. Halvorsen,** die norwegische Totalenthaltsamkeitsgesellschaft 1850 bis 1890. Herausgegeben bei Gelegenheit des Alcoholcongresses in Christiania. Christiania 1890. 46 Seiten.

Die „Totalisten“ erstreben ihr Ziel, vollständige Enthaltung von allen geistigen Getränken durch Predigten, Männer-, Frauen-, Kindervereine, Verbreitung von Schriften meist geistlichen Inhalts, eigene illustrirte Zeitschrift „der Menschenfreund“, Petitionen an die gesetzgebenden Körperschaften etc.

Die Gesellschaft zählte 1889 95 000 Mitglieder, darunter 34 000 Frauen und 6000 Kinder. Während ihres Bestehens hat die Gesellschaft zahlreiche innere und äussere Kämpfe durchgemacht, welche ausführlich besprochen werden, so z. B. der Kampf ums Dünnbier. Auch diese Versuchung wurde

siegreich überstanden und das Dünnbier in Acht gethan, leider aber dem Antrag einiger Mitglieder in Stavanger, den Namen „Totalenthaltsamkeitsgesellschaft“ in „Abschaffungs-Verein“ umzuwandeln, nicht Folge gegeben.

Ofterdinger (Rellingen).

---

221) **A. A. Granfeld,** die Nüchternheitsreform in Finnland auf den Gebieten der Gesetzgebung und der Thätigkeit der privaten Vereine. Ein Entwurf für den Alcoholcongress in Christiania. 1990. 22 Seiten.

Nach einem geschichtlichen Rückblick auf die Verdrängung des Bieres durch Branntwein und auf die Bekämpfung des letzteren seit den vierziger Jahren berichtet Verfasser über die gesetzlichen Vorschriften in Finnland über die Trunksucht. Darnach wird diese mit Geldstrafe belegt; gewohnheitsmässige Trinker können entmündigt werden. Seit 1889 besteht eine Trinkeranstalt im Kirchspiel Orimattila. Ausserdem wird die weitere Beschränkung der Schankconcessionen und Verschärfung der Vorschriften über den Handel mit berauschenden Getränken empfohlen.

Ofterdinger (Rellingen).

---

222) **Raffaele Canger:** La ginecomastia nei pazzi.
(Il manicomio moderno VI. Heft 3 1891.)

Verf. hat die abnorm starke Entwicklung der Brüste bei Männern (Gynaekomastie) zum Vorwurfe seines Studiums gemacht; in Uebereinstimmung mit Chenet nimmt er Gynaekomastie überall da an, wo der Durchmesser des Warzenhofes mehr als 3 cm beträgt oder wo die Warze selbst eine deutliche Prominenz zeigt. Er untersuchte 200 Geisteskranke und 200 Gesunde hierauf; bei letzteren fand er in 4 %, bei ersteren in 31,5 % besagte Affection. Was die sonstigen Attribute des weiblichen Geschlechtes angeht, so fand er unter den 63 Irren mit Gynaekomastie 42 mal einen sehr geringen Haarwuchs, 6 mal weibliche Stimme und 25 mal eine geringe Entwicklung der Genitalien.

Am häufigsten traf C. die Gynaekomastie bei Idioten, Imbecillen und Paranoikern, sowie bei erblich belasteten Melancholikern und Paralytikern.

Verf. ist weit entfernt, der besprochenen Eigenthümlichkeit einen hervorragenden Werth beizulegen, er glaubt nur und mit Recht, dass sie denselben anthropologischen Werth wie die anderen Degenerationszeichen hat und als solches immerhin unsere Beachtung verdient.

Strauscheid.

---

223) **Enrico Rossi** (Florenz): Il cervello di un idiota.
(Il manicomio moderno. Anno VI. Nr. 3 1891.)

R. fand bei der Section eines 30jährigen Idioten den Balken auf eine ganz dünne durchsichtige Schicht reducirt; das septum pellucidum fehlte völlig; das Kleinhirn zeigte eine Atrophie beider Hemiphären an der unteren Seite; jedoch war der untere Wurm angeblich intakt. Verf. zeigt an der Hand der in der italienischen Literatur enthaltenen Beispiele, dass mit Balkenmangel regelmässig ein mehr oder minder beträchtlicher Intelligenzmangel verknüpft ist. Zugleich stellt er die Behauptung auf, dass das Kleinhirn das Centrum für den Geschlechtstrieb sei, wofür aber keinerlei irgend wie beweiskräftige Thatsache beigebracht wird. Strauscheid.

---

224) **W. C. Krauss** (Buffalo, N. Y.): The people vs. Sadie Mc. Mullen A medico-legal case.

(The Journal of nervous and mental disease. July 1891.)

Ein 19jähriges, sehr schwer belastetes Mädchen hatte in der Jugend an typischen epileptischen Anfällen gelitten. Später traten an deren Stelle Anfälle von petit mal sowie eine Reihe von Stunden anhaltende Dämmerzustände. Als sie am 31. October 1890 direct nach der Menstruation einen Brief, worin sie ungerechter Weise des Diebstahls beschuldigt wurde, erhalten hatte, ging sie mit zwei Kindern, die sie sehr gern hatte, von Hause weg, schrieb einen Brief an ihre Tante, worin sie Selbstmordgedanken äusserte, und ging dann in einen Kaufladen, um Butter zu kaufen. Hiernach ging sie mit den Kindern auf ein am Wasser stehendes Gerüst und warf dieselben von dort herab ins Wasser. Nachdem sie selbst alsdann bei ihrem Beichtvater vorgesprochen hatte, sprang sie gleichfalls ins Wasser. Gerettet und wegen Mordes angeklagt, will sie von allem Vorgefallenen seit der Zeit, wo sie den beleidigenden Brief erhielt, nichts wissen, mit einziger Ausnahme des Butterkaufs. Da die Angeklagte früher oft an länger dauernden Dämmerzuständen mit nachfolgender Amnesie gelitten hatte, so war es den Sachverständigen leicht, aus den näheren Umständen nachzuweisen, dass die Angeklagte auch bei Begehung des Verbrechens sich in einem solchen Zustande befunden habe. Einige Schwierigkeit machte es, den Richtern begreiflich zu machen, dass ein Kranker in einem Dämmerzustande auch einen richtigen Brief schreiben kann, wie ihn Angeklagte an ihre Tante schrieb. Strauscheid.

---

225) **E. Vali.** Die morphologischen Veränderungen der Ohrmuschel bei Gesunden, Geisteskranken und Idioten.

(Allgem. Wiener medic. Zeit. Nr. 11. 1891.)

P. Eyle. Ueber Bildungsanomalien der Ohrmuschel. Inaug. Dissert Zürich 1891 O. Füssli 60 p. 8⁰ 9 Tafeln.

(Nach einem Aufsatz von Gradenigo in Lombrosos Archiv 1891 H. 5—6.)

Die beiden Arbeiten behandeln das schwierige Thema der Anomalieen der Ohrmuschel, und ihr Vorkommen bei normalen und degenerirten Menschen. Die Untersuchungen von Vali sind nach der Methode Gradenigo's angestellt worden; V. hat die von Gradenigo vorgeschlagne Classification der Anomalien übernommen, und kommt im Wesentlichen zu denselben Resultaten wie dieser.

V. hat 500 normale Männer und 500 normale Frauen untersucht, ferner 226 irre Männer und 181 irre Frauen, 58 männliche und 32 weibliche Idioten. Verbrecher zu untersuchen fand er keine Gelegenheit.

Es folgen hier die Procentzahlen der wichtigsten Anomalieen, die in Parenthese stehenden Zahlen bedeuten die vom Gradenigo erhaltenen Resultate:

	Männer			Frauen	
	Normale	Irre	Verbrecher	Normale	Irre
Lang angewachsene Ohrläppchen	5,6 (5,2)	13,9 (9,7)	(7,6)	8,8 (2,6)	8,4 (14,3)
Fossa scafoidea in das Ohrläppchen fortgesetzt	7,6 (7,8)	11,5 (15)	(18)	8,8 (5,1)	8,8 (9)
Henkelohren	16,8 (11,1)	36,5 (26)	(25,2)	10,4 (3,1)	23,8 (4,2)
Macacusohren	0.6(1-1,5)	2,3 (2,4)	(1,5)	0,4 (1,7)	3,5 (1)
Vorspringender Helix (Wildermuth l)	5,6 (7,2)	8,12 (18)	(18)	0,6 (11,9)	8-24 (26)
Bandförmiger Helix	4,4 (3)	6,9 (3)	(4)	3,6 (2,6)	7,5 (3)

Wenn man die obenstehenden Zahlen einander gegenüber stellt, so findet man, dass die von Vali erhaltenen, — was die einfachen Anomalien betrifft — ein wenig höher oder ein wenig niedriger sind, als die Zahlen Gradenigo's, dass sich jedoch das von Vali nachgewiesene Verhältniss zwischen der Zahl der Anomalien bei Normalen und der bei Geisteskranken nicht wesentlich von den von Gradenigo erhaltenen Resultaten entfernt. So sind z. B. die Zahlen, die V. für Henkelohren angiebt, durchweg höher, als die Gradenigo'schen, aber auch V. findet, dass das Henkelohr sich bei Irren doppelt so häufig findet, als bei geistig Gesunden. Die von V. für das Wildermuth'sche Ohr gefundnen Zahlen sind alle niedriger als die von Gr., jedoch geht auch aus ihnen hervor, dass sich diese Anomalie am häufigsten bei Degenerirten findet. Den Unterschied in den Zahlen muss man, nach Gr.'s Meinung der Verschiedenheit der Klassificationskriterien zuschreiben. Offenbar hat Vali viele Ohrenmuscheln Henkelohren genannt, die Gradenigo, weil die Anomalie bei ihnen nur in geringem Maasse ausgesprochen war, zu den Normalen gezählt hat; und das Gegentheil gilt für das Wildermuth'sche Ohr. Wer übrigens Gelegenheit gehabt hat, statistische Untersuchungen dieser Art anzustellen, und weiss, wie vielen Fehlerquellen dieselben unterworfen sind, wird sich vielmehr über die Uebereinstimmung wundern, die zwischen den Resultalten zweier, weit entfernt und unabhängig von einander arbeitender Forscher besteht.

Die Arbeit Valis bildet eine wichtige Bestätigung der von Lombroso und der italienischen Schule aufgestellten Theorie über die Bedeutung der Anomalien der Ohrmuschel als Degenerationszeichen.

Die Arbeit von P. Eyle (Buenos Ayres) ist in höchst fleissiger gewissenhafter Weise durchgeführt, bietet aber leider, wegen der Art der eingeschlagenen Untersuchungsmethode, wenig annehmbare Resultate. — Wir lassen den ersten Theil der Arbeit, der von der embryonalen Entwicklung der Ohrmuschel handelt, bei Seite, und gehen zu dem für uns interessanteren Theil über, der die Häufigkeit von Anomalien der Ohrmuschel bei Normalen und Verbrechern zum Gegenstande hat. Eine der wichtigsten Fehlerquellen, die den erhaltenen Procentsätzen viel von ihrem Werthe raubt, ist der Umstand, dass die Arbeit sich für die Normalen auf die Anamnese von 3000 Kranken, — für die Verbrecher auf Beobachtungen an 76 Männern und 24 Frauen gründet. Nun ist es bekannt, dass die auf die Ohrmuschel bezüglichen Angaben in den Krankenjournalen einer so grossen Poliklinik, wie der in Zürich, nicht absolut genau sind, und was die auf Verbrecher bezüglichen Zahlen betrifft, so meint Gradenigo, dass Beobachtungen, die an weniger als 200 250 Personen angestellt sind, nicht als ausreichend betrachtet werden können. Was die von E. angenommene Klassification der Anomalieen betrifft, so rügt Grad. an ihr, dass sie in mancher Beziehung unvollständig, in andrer allzu minutiös, und vor allem, dass sie für Normale und für Verbrecher eine verschiedene ist. — Die von E. erhaltenen Zahlen weichen im hohen Maasse von denen Vali's und Gradenigos ab, so findet E. das Henkelohr bei Normalen in 6,7 % bei Verbrechern in 92—95 %, — bandförmigen Helix bei Normalen in 0,8, bei Verbrechern in 26—33 %. — Einige interessante Tafeln, die sehr seltene Anomalieen der Ohrmuschel zeigen, erhöhen den Werth des Werkes bedeutend. Kurella.

226) **W. S. Jwanowa.** K. woprossu o prestupnosti ssredi duschewnobolugch (Die Criminalität Geisteskranker).
(Mierzejewskij's Wjestnik psichiatrij. VIII. H. 2 und Kowalewskij's Archiv XIII. 2 p. 95.)

Der Verf. giebt einen Ueberblick über die verschiedenen Formen der Geistesstörungen im Zusammenhang mit den verschiedenen Formen des Verbrechens und verweilt dabei eingehender bei den Paranoikern, Epileptikern, Alcoholikern und Schwachsinnigen.

Die Entstehung des Verbrechens bei Paranoikern lässt sich darauf zurückführen, dass die Idee der That entweder plötzlich bei ihnen auftaucht — (impulsiver Zwang) — oder sich stufenweise entwickelt, als Folge deliranter Verfolgungsideen; bei diesen Kranken sind zum Unterschiede von Epileptikern und Alcoholikern die Zwangsimpulse, — eben ihrer Impulsivität wegen, — immer bewussst, deshalb meint der Verf. bei Paranoikern mit grösserem Recht von Zwangs-Ideen als von Zwangs-Handlungen zu sprechen. Aus den von ihm gegebenen Daten über paranoische Verbrecher, — deren er 25 beobachtet hat, — geht hervor:

1. dass Verbrechen in Folge von Wahnideen häufiger vorkommen, als solche in Folge von Zwangsideen (erstere 23 mal, letztere 3 mal),
2. dass Majestätsverbrechen, Blasphemie, Staatsvergehen und Quaeruliren die vorwiegenden Arten von Verbrechen waren,
3. dass mit Ausnahme der Fälle von Zwangsimpulsen, die Paranoiker vor der Begehung des Verbrechens an Verfolgungsideen litten und unter dem Einfluss dieser Ideen handelten,
4. dass das Verhalten der Verbrecher dem begangenen Verbrechen gegenüber ein verschiedenes war:

Die einen, die unter dem Einfluss von Zwangsideen gehandelt hatten, bekannten ihre That aufrichtig, die, welche ihr Delir dissimulirten, läugneten die That, eine dritte Gruppe bildeten die den Schwachsinnigen sich nähernden Paranoiker, welche sich keine Rechenschaft über das begangene Verbrechen ablegten, und eine vierte schliesslich diejenigen, — 16 an der Zahl — welche ihre That für vollständig gerechtfertigt hielten.

Die Verbrechen der Epileptiker stehen in vieler Beziehung in scharfem Gegensatz zu denen der Paranoiker. Sie werden begangen unter dem Einfluss von Hallucinationen und Bewusstseinsverlust, sind ernster Natur und enden mit allgemeiner Prostration und Schlaf, aus welchem die Patienten erwachen, um gar keine oder nur eine schwache Erinnerung an das Vorgefallene zu haben. Aus den Daten des Verf. über diesen Gegenstand geht folgendes hervor:

1. Die von Epileptikern begangenen Verbrechen gehören in der grossen Mehrzahl der Fälle zu den schweren: Mord, Mordversuch, schwere Körperletzung nnd Prügelei.
2. Die Verbrechen der Epileptiker sind meist im Zustand von Absence begangen.
3. Die grosse Mehrzahl der Epileptiker kann nicht nur ihre That nicht motiviren, sondern es fehlt ihr sogar die Erinnerung daran.

Was die Verbrechen der Alcoholiker betrifft, so entnehmen wir den Daten des Autors folgendes:

1. Ein Ueberwiegen irgend einer Art von Verbrechen über die anderen ist nicht zu constatiren.
2. Gewöhnlich gehen dem Verbrechen tagelange alcoholische Excesse voraus.
3. Die Verbrechen der Alcoholiker werden in einer, in Folge der Alcoholvergiftung entstehenden Verdunkelung des Bewusstseins begangen.
4. Die Motive der durch Alcoholiker begangenen Verbrechen werden meistens gar nicht, oder doch nur durch Zufall bekannt.
5. Nach der Ernüchterung bekennen die Alcoholiker ihre That aufrichtig.

Was nun schliesslich die durch Schwachsinnige begangenen Verbrechen betrifft, so geht aus den Angaben des Verf. folgendes hervor:

1. Die vorwiegenden Arten des Verbrechens waren Brandstiftung, Mord und Mordversuch.
2. Die Verbrechen wurden entweder in dem gewöhnlichen, ruhigen Zustand der Pat. oder in einer aus nichtigen Ursachen entstandenen zornigen Erregung begangen.
3. Die Motive zur That, wenn überhaupt welche bestanden, waren meist Rachedurst, Naschsucht, Vergnügungssucht etc.
4. Das Verhalten der begangenen That gegenüber war, mit wenigen Ausnahmen ein völlig gleichgiltiges, oder es zeigte sich nur ein blos formelles Bedauern der That, ohne ein Gefühl der Reue oder Verschuldung.

Zum Schluss berührt der Verf. die Frage nach der Zwekmässigkeit der Unterbringung irrer Verbrecher mit den übrigen Geisteskranken zusammen; nach seinen Erfahrungen über das Verhalten irrer Verbrecher in Kolonieen ist er der Meinung, dass sich dasselbe absolut nicht von dem der übrigen Geisteskranken unterscheidet, dass die irren Verbrecher sich ebenso leicht der Disciplin unterwerfen, und ganz ebenso gute, wenn nicht bessere Arbeiter sind wie die andern. Kurella.

---

227) **Ernst Emil Moravcsik.** Casuistische Beiträge zur forensischen Psychiatrie.

(Oroosi hetilop 1891. 3.)

Frau P. 43 Jahre alt, Arbeiterin, stammt aus einer neuro-psychopathisch nicht belasteten Familie. Typhus, Gelbsucht und Malaria überstanden. Seit ihrem 19.—20. Jahre verheirathet, bekam sie mehrere Kinder, die sie auf das Sorgsamste pflegte und zärtlich liebte. Seit letzterer Zeit befand sie sich unter misslichen materiellen Verhältnissen wegen der Krankheit ihres Mannes, der in Folge letzterer arbeitsunfähig wurde. Am 4. April 1891 gebar sie ein Kind und einige Tage nachher starb ihr Mann. Die arme Frau blieb mit sechs kleinen Kindern zurück; die materiellen Sorgen und der durch den Tod ihres Gatten hervorgerufene Seelenschmerz haben ihr psychisches Gleichgewicht tief erschüttert. Ihr ganzes Wesen hat sich verändert; sie vernachlässigte und misshandelte ihre Kinder, war verzweifelt über die Zukunft und beschäftigte sich mit Selbstmordgedanken. Eines Tages wollte sie sich am Dachboden erhängen und es erschien ihr bei dieser Gelegenheit ihr verstorbener Mann. Die Nächte brachte sie schlaflos zu; wiederholt kam zu ihr zu der Zeit ein schwarzer Mann, der sie fortlockte; einmal folgte sie ihm auf den Friedhof bis an das Grab ihres Mannes, wo sie weinte und betete. Am Abend vom 24. April wurde sie

aussergewöhnlich aufgeregt, unruhig und es verfolgte sie der Gedanke, dass sie ihren Säugling umbringen muss. Nachdem sie am 25. April die älteren Kinder fortgeschickt hatte, packte sie den Säugling und schnürte ihm den Hals zu; da sie noch sah, dass sich das Kind bewegte, nahm sie eine Hacke und schlug mehrere mal auf das Haupt des Kindes los, bis es starb. Nachher hieb sie auf sich los, doch wurde sie durch die herbeigeeilte Nachbarschaft an weiterer Selbstbeschädigung gehindert. Mit zerstörtem Gesicht und ganz verwirrt folgte sie den sie abführenden Sicherheitsorganen ins Gemeindehaus, wo sie anfangs keine, später verwirrte, unzusammenhängende Antworten gab und starr vor sich blickte.

Das strafrechtliche Verfahren wurde gegen die Mörderin eingeleitet, und von den Gerichtsärzten ein Gutachten über den Seelenzustand der Inculp. abverlangt. Diese erklärten sich dahin, dass eine acute Geistesstörung (Hallucinatorische Verwirrtheit) vorliege, wonach das weitere Strafverfahren eingestellt, und die Angeklagte einer Anstalt übergeben wurde.

2. Frau Sch., 35 Jahr alt, Gattin eines Landwirths aus demselben Dorfe wie die erste Kranke gebürtig und ebendort wohnhaft, stammt aus einer belasteten Familie. Eine Tante mütterlicherseits und eine Cousine litten an Geisteskrankheit. Sie selbst litt an häufigen Kopfschmerzen und Magenkrämpfen. Vor etwa 5 Jahren wurde sie während der Lactation geisteskrank, indem sie verwirrt sprach und in religiöser Richtung delirirte. So hatte sie den Wahn, dass sie ihren Säugling Gott opfern müsse und verübte unter der Herrschaft dieser Wahnideen und gleichartiger Hallucinationen beinahe einen Mord, indem sie das jüngste Kind bei den Füssen fasste und auseinanderreissen wollte. Unter dem Eindruck solcher Gedanken schnitt sie einer Gans den Hals ab. Trotzdem sich ihr Geisteszustand besserte, behielt sie einige bizarre Gewohnheiten und eine übertriebene Frömmelei. Vergangenes Jahr vernachlässigte sie in auffallender Weise die häuslichen Arbeiten, ging sehr oft in die Kirche und zur Beichte. 1891 (Februar) hatte sie geboren und säugte das Kind selbst. Seit der Geburt war sie verwirrt und schlaflos, verrichtete ihre Gebete nackt im Hofe zu nächtlicher Zeit. Es traten zahlreiche und lebhafte Gesichts- und Gehörs-Hallucinationen religiösen Inhalts auf. Die Kranke hielt sich für die Braut des Erlösers, hörte, wie ihr eine Stimme unter Donner und Blitz zuflüsterte, dass sie ihre beiden kleinsten Kinder opfern müsse, um sich Verdienste fürs Himmelreich zu sammeln. Am 3. Juni betete sie in der Nacht mit dem Rosenkranz in der Hand, und machte das Gelübde, dass sie ihre Kinder Gott opfern werde. Als sie am 4. Juni mit ihren Kindern allein im Hause blieb, geschah Folgendes, was sie selbst bis in die kleinsten Details erzählte: „Ich stand auf, ging in die Küche, nahm zu mir ein grosses Messer, mit welchem man Teig schneidet, ging ins andere Zimmer, seufzte zu Gott, empfahl ihm und dem Namen Jesu das zu erbringende Opfer, hob den Säugling aus der Wiege, entblösste ihn, legte ihn auf den Tisch und nachdem ich den Hals durch Rückwärtsziehen des Kinns streckte, schlug ich mit dem Messer auf den Hals. Dies verwundete aber das Kind nicht, warum ich auch jetzt das Messer quer anlegte und stark drückend über den ganzen Hals selbes zog, wodurch ich den Hals bis zum Knochen durchschnitt. Das Kind weinte und regte sich nicht, es starb sofort."

Den Hinzugeeilten sagte sie, dass sie das auf Befehl einer Stimme that, warum sie auch ins Himmelreich gelangen werde. Im Kerker betete sie nackt.

Nachdem die Sachverständigen die Inculp. für geisteskrank erklärten (religiöse Paranoia), die Mordthat also im religiösen Delirium ausgeübt war, wurde auf Grund dessen das weitere Strafverfahren eingestellt und die Kranke einer Anstalt übergeben. Ostermayer (Budapest).

III. Original-Vereins-Berichte.

Vom 11. Congress für innere Medicin in Leipzig.

(20.—23. April 1892.)

(Referent: Dr. L. Friedländer-Berlin.)

228) **R. Binswanger** (Constanz). „Ueber die Suggestiv-Therapie."

Die Gründe für das ablehnende Verhalten der Mehrzahl der Aerzte gegenüber dem Hypnotismus sind vornehmlich folgende: 1. Die Kürze der Zeit, seitdem die Methode den Schwindlern abgenommen und von den Aerzten angewandt wurde, 2. Der Umstand, dass die Aerzte, die das Verfahren betreiben, dasselbe zu eifrig anpreisen, 3. Weil der Hypnotismus eine psychische Heilmethode ist, gegen welche die Mehrzahl der Aerzte von jeher ein Vorurtheil hat. Eine weitere Schranke ist dadurch gesetzt, dass die Hypnose in der Hand des Ungeübten unzulänglich, ja gefährlich ist. Die Specialisten sind auch dieser Meinung und verlangen daher von ihrem Standpunkte aus mit Recht, dass sich die Aerzte mehr und mehr mit der Methode vertraut machen möchten. Es entsteht nun die Frage: Verdient die Methode wirklich Allgemeingut der Aerzte zu werden? Dieses Zugeständniss kann dem Hypnotismus nicht gemacht werden. Die Heilerfolge sind nicht genügend, als dass die Mehrzahl der Aerzte sich damit beschäftigen sollte. Vermögen wir den Widerspruch zu lösen, der darin liegt, dass die Hypnotiseure so glänzende Erfolge haben, die practischen Aerzte aber nicht? Erstere verfolgen den doppelten Zweck, Statistik im grossen Stil zu treiben und zugleich zu heilen; sie behandeln also eine grosse Anzahl von Kranken, welche der practische Arzt mit seit langen Jahren bekannten Mitteln behandelt.

Tritt aber der letztere in Concurrenz mit solchen Hypnotiseuren, so muss er ihnen nachstehen, denn die Kranken, welche zu ihnen kommen, athmen die hypnotische Athmosphäre sozusagen schon beim Eintritt ein und werden dadurch sofort günstiger eingenommen. Schon aus diesem äusseren Grunde könnte der Hypnotismus nicht Gemeingut der Aerzte werden.

Und sollte es aus inneren Gründen sich nothwendig erweisen, so müssten für dieses Fach sich ebenso Special-Aerzte ausbilden, als für die übrigen Specialitäten. Man hat sich daran gewöhnt die hypnotische Heilmethode als Suggestiv-Therapie zu bezeichnen, wenn auch noch andere Mittel zugezogen werden, wie das Fixiren der Augen und Bestreichen der Wangen.

Da die Suggestion auf die Psyche wirkt, so ist es klar, dass diejenigen Störungen, welche vom Gehirn abhängig sind, am ehesten der Hypnose zugänglich sein werden. Eine Ausnahme machen die Geisteskrankkeiten. Wenn es nun die functionellen Neurosen im Grossen und Ganzen sind, welche die Hauptsache bei der hypnotischen Behandlung bilden, so bieten sich 2 Hauptangriffspunkte für die Hypnose dar: Die Bekämpfung der Schmerzen und die Beseitigung der Schlaflosigkeit. Der Vortragende hat die Ansicht und findet diese auch in der Litteratur bestätigt, dass die Hypnose zwar geringe Schmerzen beseitigen kann, aber wirklich schweren Attacken gegenüber machtlos ist. Ein Schweizer Arzt, der ein begeisterter Anhänger der Hypnose ist, Ringier, bestätigt das ausdrücklich und erklärt, dass heftige Schmerzen oft das Zustandekommen der Hypnose hindern. Auch Moll hat ausdrücklich in seinem Buch bemerkt, dass zur Bekämpfung der Neuralgien das dritte Stadium der Hypnose, also der tiefe Schlaf, nothwendig sei. Die Chancen sind aber hier sehr gering, um so geringer, als von hundert Individuen nur der sechste, oft auch nur der achte Theil in das dritte Stadium zu bringen ist. In den seltenen Fällen, wo es möglich ist, die Schlaflosigkeit zu beseitigen, kann man allerdings den tiefen Schlaf erzeugen; derselbe ist ruhig, angenehm und erquickend, und zeigt keineswegs die Nachtheile, welche dem hypnotischen Schlafe gewöhnlich vindicirt werden, nämlich Eingenommenheit des Kopfes und Uebelkeiten, Nachtheile, welche meist nach der Anwendung narkotischer Mittel sich geltend machen. Es muss an dieser Stelle darauf aufmerksam gemacht werden, dass, wenn es gelungen ist, die Narkotica durch die Hypnose abzuschaffen, es andrerseits wieder sehr schwer werden wird, die Hypnose abzuschaffen und an ihre Stelle den natürlichen Schlaf zu setzen. Welchen Standpunkt soll man nun gegen die Hysterie und Neurasthenie einnehmen? Die Einen sagen, es sei schwer, die hysterischen zu hypnotisiren. Es sei höchst unangenehm, wenn in dem Moment, wo der Hypnotiseur wirken will, üble Zwischenfälle, z. B. hysterische Attacken, eintreten. In jedem Falle sind die Erfolge, welche man bei der Hysterie erzielt, stets temporäre, nie dauernde. Der Vortragende weist dies an zwei treffenden Beispielen nach, welche die schwersten Erscheinungen darboten, und in seiner Anstalt mit glänzendem Erfolg behandelt, in die Heimath zurückkehrten, aber sofort rückfällig wurden. In neuerer Zeit hat man auch den Morphinismus mit der Hypnose zu behandeln versucht. Hier erwies sich als ein grosser Fehler der Berichte, welche über die einschlägigen Fälle publicirt wurde, dass gar nicht mitgetheilt wurde, ob man die Hypnose in den ersten Stunden oder Tagen nach der Entziehung anwendete oder erst später. In der ersten Zeit ist eine Behandlung wegen der schweren phychischen Störungen wohl geradezu unmöglich. Wetterstrand sagt, dass er vierzehn Fälle von Morphinismus mit Glück behandelt hat; über solche Mittheilungen muss man jedenfalls den Kopf schütteln. Also die Suggestiv-Therapie ist mit grossen Hindernissen verbunden, sie kann aber auch in schweren Fällen anschlagen.

Indess diese Heilmethode ist auch als solche eine unsichere, es fehlt die physiologische Grundlage; wir wissen nicht, was wir mit den Kranken erreichen. Wenn dagegen die Hypnotiseure von Fach sagen, dass die anderen Heilmethoden ebenso gut und ebenso schlecht sind, so haben sie grosses

Unrecht. Die Electro-Therapie und Hydro-Therapie sind sichere auf gesicherter physiologischer Basis beruhende Heilmethoden, und haben deshalb auch viel Gutes gewirkt. Der Hypnotismus hat das eine grosse Verdienst, dass er auf die psychische Heilmethode aufmerksam gemacht hat, dass die Suggestion im Wachen wieder in Aufschwung kommt, dass man der echten Psycho-Therapie mehr Aufmerksamkeit schenkt, dass der Arzt den Kranken durch das Wort aufmuntert und ihm wieder Vertrauen erweckt.

229) **Mund** (Wiesbaden): Zur Dosierung des constanten Stromes. Es ist eine durch Untersuchungen von Stintzing erwiesene Thatsache, dass die zur Erregung motorischer Nerven erforderliche Stromdichte ($D = \frac{J}{Q}$) mit wachsendem Electrodenquerschnitte abnimmt. Auch bezüglich der Erregung sensibler Nerven wurde Aehnliches von Boudet nachgewiesen.

Der Grund hierfür ist jedenfalls darin zu suchen, dass die Wirkung des constanten Stromes d. h. die von ihm per Secunde geleistete Arbeit nicht einfach seiner Intensität, sondern dem Quadrate der Intensität proportional ist. (Joulesches Gesetz.) Unter sonst gleichen Verhältnissen wird daher ein Strom von 2 M A nicht die doppelte, sondern die vierfache Wirkung eines Stromes von 1 M A entfalten, infolgedess auch die Stromdichten $\frac{J}{Q}$ und $\frac{2\,J}{2\,Q}$ durchaus nicht gleichwerthig sein können. Vielmehr wird die Wirkung der Dichte $\frac{2\,J}{2\,Q}$ fast doppelt so stark sein, wie die von $\frac{J}{Q}$, da durch Steigerung der Intensität auf 2 J die Energiemenge den vierfachen, die Grösse der Elektrode (und dieser entsprechend der Querschnitt des Hauptstromgebietes) aber nur den doppelten Werth erlangt haben. Aus dem gleichen Grunde wird die Dichte $\frac{3\,J}{3\,Q}$ fast dreimal, $\frac{4\,J}{4\,Q}$ fast viermal so stark wirken, wie $\frac{J}{Q}$ u. s. f. Um annähernd gleichwerthige Stromdichten zu erhalten, dürfen wir daher die Intensität des Stromes nur um den Wurzelwerth desjenigen Factors vermehren, um welchen wir den Querschnitt der Elektrode vergrössert haben. Wir würden also als annähernd gleichwerthig in ihrer Wirkung die Stromdichten

$$\frac{J}{Q},\ \frac{\sqrt{2}\,J}{2\,Q},\ \frac{\sqrt{3}\,J}{3\,Q},\ \frac{\sqrt{4}\,J}{4\,Q}\ \ldots\ \frac{\sqrt{n}\,J}{n\,Q}$$

anzusehen haben.

Unterziehen wir nun mit Bezug hierauf die Ergebnisse Stintzings und Boudets einer Prüfung, so zeigt sich, dass sie fast sämmtlich mehr oder weniger den vorstehend berechneten Stromdichten entsprechen.

Es wird sich also für die Praxis empfehlen, die Elektrodengrössen derart zu wählen, dass sie den Quadraten der Zahlen 1, 2, 3, 4 u. s. f. resp. einem Vielfachen derselben entsprechen. Der Vortragende empfiehlt demnach, unter Zugrundelegung der Stintzingschen Normalelektroden von 3 qcm Querschnitt nachstehende Elektrodengrössen zu adoptiren:

Elektrode Nr. 1 à 3 X 1^2 = 3 qcm
" " 2 " 3 " 2^2 = 12 "
" " 3 " 3 " 3^2 = 27 "
" " 4 " 3 " 4^2 = 48 "
" " 5 " 3 " 5^2 = 75 " u. s. f.

Hätte man also mit der Elektrode Nr. 1 und 1 M A Stromstärke einen bestimmten Effect erhalten, so würde man mit Elektrode Nr. 3. und 3 M A, mit Elektrode Nr. 6 und 6 M A u. s. w. eine annähernd gleiche Wirkung erzielen.

230) **Fürbringer** (Berlin): Ueber nervöse Leberkolik. Da dieses Leiden gewöhnlich zur Fehldiagnose: Cholelithiasis Anlass gibt, so hält es der Vortragende für geboten, seine bis jetzt sechs sichere Fälle umfassenden Erfahrungen mitzutheilen, theils in Uebereinstimmung, theils in Gegensatz zu den einschlägigen Mittheilungen früherer Forscher (Budd, Andral, Frerichs etc.) Er hebt als wesentlichste Symptome des wegen der Gefahr falscher Indicationsstellung practisch durchaus nicht unwichtigen und so qualvollen Leidens hervor:

1. Die völlige Uebereinstimmung des Anfalls selbst mit demjenigen der colica calculosa; jedoch ist die höchste Intensität des Schmerzes hier scharf auf die Lebergegend localisirt.
2. Die nervöse Leberkolik ist ein Symptom der reizbaren Schwäche des Nervensystems und findet sich ganz besonders bei jugendlichen anämischen, hysterischen und neurasthenischen Patientinnen, gern neben anderen Visceralneuralgieen, wie Pleurodynie, Herzschmerzen, renaler Neuralgie, Ovarie. Eine hervorragende Erscheinung bildet die mitunter „colossale" Steigerung der Patellarreflexe.
3. Das den Anfall auslösende Moment ist meist nicht ersichtlich und nur ausnahmsweise in Diaetfehlern, Ueberanstrengung, Aerger, Menstruation gegeben.
4. Icterus und Leberanschwellung finden sich nie, wogegen
6. Druckempfindlichkeit der Leber stets vorhanden ist.

Endlich registrirt F. als differential-diagnostisch wichtigste Thatsache, dass

7. trotz jahrelanger Dauer des Leidens es nie zu fieberhaft entzündlichen Affectionen im Bereiche der Leber kommt, wie bei der Cholelithiasis.

Karlsbad, wohin die falsche Diagnose meist die Kranken weist, ist durchaus contraindicirt und erzeugt nur Misserfolge, wogegen ein rationelles antineurasthenisches Heilverfahren annehmbare Besserungen, ja Heilungen erzielen kann.

Verein Ostdeutscher Irren- und Nervenärzte.

Sitzung vom 12. März 1892.

231) **Alter** (Leubus) referirt über die Beschlüsse der zur Berathung über die Organisation der öffentlichen Idioten-Fürsorge eingesetzten Commission.

Einem in der Vereinssitzung am 5. December v. J. ausgesprochenen Wunsche des Landesraths Gürich Folge gebend hat die Commission sich zunächst mit der Begriffsbestimmung der Idiotie beschäftigt. Sie ist

dabei ausgegangen von der Annahme, dass es sich in erster Linie um eine vorwiegend und wesentlich practischen Zwecken dienende Begriffsbestimmung handeln müsse. Der Commission schien diesem Erforderniss am meisten zu entsprechen die von Kind-Langenhagen im Jahre 1881 auf der Jahresversammlung des Vereins der deutschen Irrenärzte gegebene Definition: „Idioten sind alle Geisteskranken, die von Geburt oder früherer Jugend an schwach- oder blödsinnig sind.“ Mehrfach wurde allerdings die Ansicht ausgesprochen, dass es für die Praxis sich empfehlen dürfte, eine bestimmte Altersgrenze festzusetzen. Als solche wurde von einer Seite das 16., von anderer das 10. Lebensjahr vorgeschlagen. Gerade aber im Hinblick auf die practischen Zwecke und aus Gründen der Humanität entschied man sich, von der Festsetzung einer Altersgrenze Abstand zu nehmen, damit den Kranken die Wohlthat der Anstaltspflege nicht beschränkt und im einzelnen Falle für die Begutachtung der Aufnahmefähigkeit weiter Spielraum gegeben sei. Nur empfiehlt die Commisson, vor „schwach- oder blödsinnig“ das Wort „dauernd“ einzuschieben, um damit eine mehrseitig gewünschte Vervollständigung der Begriffsbestimmung zu geben. Demnach empfiehlt die Commission für diese Begriffsbestimmung folgende Fassung: „Idioten sind alle Geisteskranken, welche von Geburt oder früher Jugend an dauernd schwach- oder blödsinnig sind.“ — Bezüglich des voraussichtlichen Umfangs der für Epileptische und Idioten erforderlichen Fürsorge nahm alsdann die Commission die dankenswerthen Mittheilungen des Herrn Gürich über die Ergebnisse entgegen, die eine von der Provinzial-Verwaltung mit Hilfe der Landräthe und Magistrate vorgenommene Zählung geliefert hat. Danach sind in Schlesien 962 Idioten und 503 Epileptiker gezählt worden, die als der Anstaltspflege bedürftig bezeichnet werden und in geeigneten Anstalten noch nicht untergebracht sind. Es beziehen sich diese Zahlen indessen nur auf die Provinz Schlesien ohne die Stadt Breslau, da diese einen eigenen Landarmenbezirk bildet und es zur Zeit noch unentschieden ist, ob sie selbstständig oder gemeinsam mit dem Provinzial-Landarmen-Verbande für Idioten und Epileptische sorgen wird. Die Ansicht des Herrn Gürich, dass von den vorgenannten Zahlen aus mancherlei Gründen noch etwa 50 pCt. in Abzug zu bringen sein dürften, blieb nicht unbestritten. Wenn man, soweit dies nach den vorhandenen Zählungen zulässig erscheint, einen Idioten auf etwa 500 bis 750 Einwohner rechnet und erwägt, dass nach den in Hannover und Württemberg gemachten Erfahrungen nur etwa der sechste Theil der vorhandenen Idioten der Anstaltspflege bedürftig ist, so ergiebt sich immerhin auch nach Abzug der Stadt Breslau für die Provinz Schlesien eine erheblich höhere Zahl als die von 962 Idioten. Eine weitere wesentliche Stütze erhielten die Bedenken gegen die Ergebnisse der von der Provinzialverwaltung erhobenen Statistik durch bemerkenswerthe Mittheilungen des Herrn Kurella. Er berichtete, dass durch eine Verfügung der Regierung seit 1888 die Lehrer verpflichtet sind, über alle in ihrem Schulbezirke vorhandenen, mit geistigen oder körperlichen Defecten behafteten schulpflichtigen Kinder dem Kreisschulinspector Meldung zu erstatten. Aus den Listen der Kreisschulinspectoren ergiebt sich daher ohne Schwierigkeit die Zahl der im schulpflichtigen Alter befindlichen Idioten und Epileptiker. Nach den von

Herrn Kurella angestellten Ermittelungen sind nun im Kreise Kreuzburg 22 idiotische Kinder im Alter unter 11 Jahren vorhanden, während nach den von der Provinzialverwaltung erhobenen Zahlen in demselben Kreise nur 12 Idioten überhaupt sich befinden sollen. Es erhellt hieraus zur Genüge die Unzuverlässigkeit der von Herrn Gürich mitgetheilten Zahlen. Ebensowenig Anspruch auf Zuverlässigkeit dürften die von Herrn Gubitz durch eine Enquete aus der Stadt Breslau gewonnenen Zahlen haben. Herr Gubitz hat an 315 Breslauer Aerzte und 19 Breslauer Anstalten 334 Fragen versandt. Von diesen sind zwei als unbestellbar, eine wegen verweigerter Annahme zurückgekommen. Von den übriggebliebenen 331 Adressaten haben 209 dahin geantwortet, dass in den von ihnen ärztlich behandelten Familien Idioten nicht vorhanden seien, 91 haben gar nicht geantwortet, positive Angaben über vorhandene Idioten haben gemacht 31 Aerzte und Anstalten. Danach wurden in Breslau gezählt 114 Idioten, von denen sich 61 im Alter unter 16 Jahren, 53 im Alter von 17 Jahren und darüber befanden. Diese Zahlen sind so klein, dass sie als den thatsächlichen Verhältnissen entsprechend nicht angesehen werden können. Um sie möglichst zu vervollständigen, wird Herr Gubitz geeignete Schritte thun, um in die Listen der Stadtschulinspectoren Einsicht zu erhalten. Auch Herr Gürich beabsichtigt, bei der Provinzialverwaltung entsprechende Massnahmen für die ganze Provinz anzuregen. Demgegenüber beschränkte sich die Commission darauf, ihrer Ueberzeugung Ausdruck zu geben, dass eine zuverlässige Zählung aller Idioten und Epileptiker kaum ausführbar sein dürfte. Den Umfang der erforderlichen Anstaltsfürsorge von vornherein zu übersehen, erscheint daher unmöglich. Es wird zunächst genügen müssen, in einer den gewonnenen Zählungsergebnissen ungefähr entsprechenden Weise diese Fürsorge vorzubereiten und dabei auf die Möglichkeit der Erweiterung für den Fall des eintretenden Bedürfnisses Bedacht zu nehmen. — Die weitere Berathung der Commission hat sich dann der Frage betreffend die Organisation der Anstaltsfürsorge für Idioten und Epileptiker zugewendet. In dieser Beziehung einigte man sich dahin, dass diese Fürsorge am sachgemässesten und zweckentsprechendsten nur dann ausgeübt werden könne, wenn sie stattfinde in eigenen, von der Provinzialverwaltung selbst eingerichteten und verwalteten öffentlichen Anstalten. Bei aller Anerkennung dessen, was die bisher durch private und öffentliche Wohlthätigkeit eingerichteten derartigen Privatanstalten geleistet, war man doch der Meinung, dass die Organisation dieser Anstalten eine zweckentsprechende nicht sei. Einstimmig betonte man, dass der Schwerpunkt der Idioten-Anstaltsfürsorge in der Erziehung liegen müsse, insofern dadurch manche Idioten derart gefördert werden könnten, dass sie der Anstaltspflege nicht mehr bedürftig seien. Dazu aber ist es vor allem nothwendig, die bildungsfähigen Idioten erwerbsfähig zu machen, es ist daher weniger der Unterricht, als vielmehr die Erziehung, die der eingehendsten Pflege in den Anstalten bedarf. Hierfür aber hält die Commission es vor allem für erforderlich, dass dem Arzte eine wesentlich andere Stellung in der Idiotenanstalt eingeräumt wird, als dies zurzeit in den bestehenden Privat-Idiotenanstalten der Fall ist. Idioten und Epileptiker sind Kranke, deren gesammte Hygiene vom Arzte geregelt werden muss. Inwiefern bei jedem einzelnen dieser Kranken und nach

welcher Richtung hin die erziehliche Einwirkung stattfinden soll, inwieweit jeder einzelne Kranke zur Beschäftigung anzuhalten und heranzubilden ist, kann allein vom Arzte beurtheilt und bestimmt werden. Dem Arzte gebührt daher die Leitung derartiger Anstalten, insbesondere auch so weit sie erziehlichen Zwecken dienen. Gerade für diese Zwecke ist die eingehendste ärztliche Kenntniss jedes einzelnen Kranken unumgängliches Erforderniss, und ist die Heran- und Ausbildung des pädagogischen und Pflegepersonals eine Hauptaufgabe des Arztes. Diese Aufgabe aber zu erfüllen, vermag der Arzt nur dann, wenn ihm nicht blos berathend einzuwirken gestattet, sondern wenn er bestimmend und leitend einzugreifen berechtigt und befugt ist. Dass ihm aber diese leitende Stellung ähnlich wie bei den Provinzial-Irrenanstalten eingeräumt wird, ist wohl nur zu hoffen, wenn die Provinzialverwaltung auch die Idiotenanstalten selbst verwaltet. Bei den engen Beziehungen überhaupt, die die Fürsorge für Idioten und Epileptische zur provinziellen Irrenpflege hat und immer haben wird, hat es die Commission, wenn auch gegen den Einspruch des Herrn Gürich, für geboten erachtet, dem entschiedensten Wunsche Ausdruck zu geben, dass die Idioten- und Epileptiker-Anstalten demselben Decernat bei der Provinzialverwaltung unterstellt werden möchten, dem die öffentlichen Irrenanstalten unterstellt sind. So nahe diese Maassnahme an und für sich liegt, so ist sie doch insofern nicht selbstverständlich, als die Fürsorge für Idioten und Epileptiker gesetzlich dem Landarmenverbande auferlegt ist, während die Irrenpflege bisher die Provinzialverwaltung als solche übernommen hat, und auch in Zukunft behalten dürfte. Identisch aber sind, wie vorhin bemerkt wurde, Provinzialverwaltung und Landarmenverband in Schlesien nicht, so dass denn auch der Landarmenverband nicht unter der Firma der Provinzialverwaltung, sondern unter seiner eigenen als „Landarmenverband“ zeichnet. Es würde daher, wenn dem Landarmenverbande als solchem die Anstaltsfürsorge für Idioten und Epileptiker unterstellt würde, die ganze Summe von Erfahrung und Schulung, die jetzt bei dem Decernate für die Irrenanstalten aufgestapelt ist, den Idiotenanstalten nicht direct zugute kommen. Das wäre aber im Interesse der gesammten Organisation der neuen Anstalten, im Interesse ihrer gedeihlichen Entwicklung und der durch sie zu erhoffenden Förderung der Wissenschaft entschieden zu beklagen. Hierzu kommt noch ein anderer Grund. Es ist mit Sicherheit zu erwarten, dass, wenn erst öffentliche derartige Anstalten vorhanden sind und sich in der Bevölkerung Vertrauen erworben haben, die Aufnahme auch nicht armer Idioten und Epileptiker in diese Anstalten begehrt werden wird. Eine derartige Benützung zu fördern, liegt zweifellos ebenso im allgemeinen öffentlichen Interesse, wie in dem der Kranken selbst, sie dürfte aber nur zu sehr beeinträchtigt werden, wenn die Anstalten direct vom Landarmenverbande ressortirten. — Schliesslich hat die Commission die verschiedenen Arten von Anstaltsfürsorge in Erwägung gezogen, wie sie für Idioten und Epileptiker in Schlesien in Frage kommen. Es handelt sich demnach darum, ob a) grosse gemeinsame Anstalten für alle Arten von Idioten und Epileptikern zu empfehlen sind oder b) ob es besser ist, die Anstalten in solche für jugendliche Idioten und Epileptiker und solche für erwachsene zu trennen oder endlich c. ob es vorzuziehen ist, lediglich Annexe für jugendliche Idioten und Epileptiker den bestehenden

öffentlichen Irrenanstalten anzugliedern und die erwachsenen in den Provinzial-Irrenanstalten zu belassen. Dieser letzte, von Herrn Kurella in der vorigen Vereinssitzung zu allgemeiner Durchführung empfohlene Vorschlag wurde von ihm auf's neue durch die Darlegung begründet, dass die gesetzliche Verpflichtung zur Fürsorge für Idioten und Epileptiker eigentlich Neues nur bringe, insofern vom 1. April 1893 ab auch für die jugendlichen Idioten und Epileptiker Fürsorge zu treffen sei. Nur darin liege der zwingende Grund, etwas Neues zu schaffen. Und dieses Neue lediglich in Form der vorgeschlagenen Annexe an das Bestehende — die öffentlichen Irren-Anstalten — anzuschliessen, müsse als die einfachste Lösung der ganzen Frage gelten. Bei voller Würdigung dieser Gründe wurde doch mit Recht gegen die Annexe geltend gemacht, dass, ob sie überhaupt herzustellen seien oder nicht, zumeist von rein localen Verhältnissen abhängig sein würde. Dazu kommt, dass wenn sie geschaffen wären, es an Anstalten fehlen würde, in denen solche erwachsene Epileptiker Aufnahme finden könnten, die nicht als geisteskrank anzusehen sind. Dass aber für solche die gesetzliche Verpflichtung ebenfalls wird erfüllt werden müssen, kann nicht zweifelhaft sein. Demgegenüber, sowie im Hinblick auf die Uebelstände, die die Trennung jugendlicher und erwachsener Idioten und Epileptiker wegen der Ueberführung aus einer Anstalt in die andere mit sich bringen dürfte, und mit Rücksicht auf die thatsächliche Unmöglichkeit, Idioten und Epileptiker auseinander zu halten, entschied sich die Commission dahin, als das Zweckmässigste für die Provinz Schlesien die Errichtung grosser gemeinsamer Anstalten für alle Arten von Idioten und Epileptischen zu empfehlen, selbstverständlich mit der Maassgabe, dass innerhalb dieser grossen Anstalten die erforderlichen gesonderten Abtheilungen hergestellt werden und unter der Voraussetzung, dass als Schwerpunkt der ganzen Organisation die erziehliche Seite betont wird. In diesem Sinne gelangte man einstimmig zu dem Beschlusse: „Der Vereinigung aller Kategorien idiotischer und epileptischer Kranken in grossen, gemeinsamen Anstalten stehen keinerlei Bedenken entgegen, wenn eine ärztlich und pädagogisch gut ausgestattete Erziehungs-Abtheilung für idiotische und epileptische Kinder den Mittelpunkt und wesentlichsten Theil der neuen Organisation bilden.“ (Fortsetzung des Vereinsberichtes im nächsten Heft.)

Neisser.

Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

(Sitzung vom Montag, 29. Februar 1892.)

232) Discussion über den Vortrag des Herrn Leyden: Ueber chron. Myelitis.

Jolly stimmt damit überein, dass der Symptomencomplex der spastischen Spinalparalyse verschiedene anatomische Bilder ergiebt, welche wir zusammenfassen können unter dem Namen der chronischen Myelitis. Das sind eigentlich Heerderkrankungen im Rückenmark, namentlich disseminirte Heerde, die multiple Sklerose, sodann Strangerkrankungen, vielleicht strangförmige Heerde, vielleicht mehr systematische Strangerkrankungen; letztere bilden eine noch offene Frage. Dass sehr verschiedene Combinationen vorkommen können, möchte J. durch einige Präparate zeigen. (Demonstration.) Es handelt sich um eine spastische Spinalparalyse nach Scharlach. Es fand sich eine symmetrische Erkrankung aller drei Stränge

des Rückenmarkes. Die verschiedenen Formen der chronischen Myelitis führen zum Symptomencomplex der spastischen Spinalparalyse, und es ist nicht immer intra vitam mit Sicherheit zu sagen, welche von diesen Formen chronischer Myelitis vorliegt. Dennoch sind wir bezüglich gewisser Symptome im Stande, die eine oder andere Annahme zu machen, und namentlich eine Aufeinanderfolge der Erkrankungen der verschiedenen Rückenmarksstränge zu unterscheiden. In den Fällen, wo wir es mit einer eigentlichen Strangerkrankung zu thun haben, kommt es vor, dass zuerst Seitenstrang- und dann Hinterstrangerkrankung eintritt; intra vitam zuerst spastische Paralyse, dann Aufhören der Spannungen und der Kniephänomene. — Man ist also im Stande, aus dem Verlauf der Krankheit die Betheiligung der verschiedenen Stränge zu diagnosticiren. Leyden hat in Abrede gestellt, dass wir die verschiedenen Functionen der einzelnen Stränge in dem Krankheitsbild erkennen können, und dass es je nach der Erkrankung eines Stranges zu verschiedenen Krankheitsbildern kommt. Man kann die Erkrankung einzelner Stränge klinisch recht gut erkennen, desshalb kann man auch von combinirten Strangerkrankungen sprechen, nicht Systemerkrankungen; denn Systemerkrankungen im physiologischen Sinn können wir nicht mit Sicherheit abgrenzen; darin kann man Leyden recht geben.

Was überhaupt die combinirten Strangerkrankungen in ihren Beziehungen zu den comb. Systemerkrankungen anbetrifft, so ist das eine sehr schwierige Frage. Wir sind noch immer nicht soweit, dass wir mit Sicherheit die Abgrenzung der einzelnen Systeme in einzelne Stränge vornehmen können. Es wird daher in pathol. Fällen eine besondere Vorsicht geboten sein; dennoch möchte V. die combinirten Systemerkrankungen in Schutz nehmen, und abgesehen von der Hinterstrangerkrankung auch die Seitenstrangerkrankung, soweit sie selbstständig vorkommt, als echte Systemerkrankung bezeichnen. Die Seitenstrangerkrankungen der Paralytiker sind nach Westphal nicht als secundäre Degenerationen zu betrachten; wir haben auch ohne Dem. paralytica solche Erkrankungen kennen gelernt.

Was die Tabes anbetrifft, so ist die Differenz zwischen Leyden und Flechsig lösbar. Beide haben das Vorhandensein von Systemerkrankungen als wahrscheinlich hingestellt. Flechsig auf Grund seiner anatomischen Untersuchungen, Leyden auf Grund der functionellen Bedeutung der Hinterstränge für die sensible Leitung. Mit diesen Erscheinungen ist aber doch noch nicht die ganze Tabes umfasst; wir kennen ja Fälle, in welchen auch Veränderungen der vorderen grauen Substanz sich constatiren liessen, — ferner Fälle, in welchen das periphere Nervensystem auch in den motorischen Abtheilungen mit ergriffen war. Es sind hier also anatomisch wie functionell verschiedene Systeme afficirt.

Oppenheim möchte auf ein paar Thatsachen hinweisen, die gegen die Leyden'sche Auffassung sprechen. Das wichtigste hat Jolly bereits genannt. Leyden vertritt den Standpunkt, dass die Zergliederung der Myelitis nicht berechtigt ist. In der That ist die Differenzirung auf Grund bestimmter anatomischer Befunde nicht durchführbar. Wenn L. aber sagt, es sei gleichgiltig, ob dieser Process sich in disseminirter Weise verbreitet oder nicht, so hemmt er wohl damit den Fortschritt in der Diagnostik in dieser Beziehung. Wir müssen ferner zugeben, dass die Begründung der

Lehre von den Systemerkrankungen sehr viele Lücken hat. Westphal hat auch seine Bedenken dagegen erhoben, hat aber die Sache durchaus nicht fallen lassen. Auch Hirnsymptome kommen dabei vor; namentlich bei der Tabes. — Westphal hat von einer primären lateralen Sclerose nie gesprochen, mit Ausnahme der Seitenstrangerkrankung bei Paralyse. — Atypische Fälle gibt es überall; desswegen darf man aber nicht an den typischen Fällen rütteln. Auch der Leydenschen Anschauung, welche die multiple Sclerose zur chronischen Myelitis rechnet, kann O. nicht beitreten. Chronische Myelitis würde O. nur dann diagnosticiren, wenn mit aller Sicherheit die Annahme einer multiplen Sclerose zurückgewiesen werden kann.

Leyden möchte an seinen Anschauungen festhalten; weist den Vorwurf zurück, dass er den Fortschritt in der Wissenschaft aufhalte. Er wünscht, dass nun die Probe auf das Exempel gemacht wird. Die Krankheitsbilder würden öfters nach den Sectionsbefunden künstlich construirt; das genügt nicht. — Oppenheim spricht von der cerebrospinalen Form der multiplen Sclerose; das ist etwas anders; das ist ein gut characterisirtes Krankheitsbild. Beschränkt sich aber die Krankheit nur auf das Rückenmark, so kann man klinisch nicht unterscheiden, ob es sich um multiple Sclerose oder diffuse Myelitis handelt. Die Systemerkrankungen leugnet L. nicht, er fasst sie nur anders auf. Er versteht darunter das, was man früher strangförmige Erkrankungen nannte; die Verbreitung der Erkrankung ist keine willkürliche, sondern es ist eine solche, bei der man ein gewisses System wahrnimmt. L. hat sich nur gegen die embryonalen Systeme gewandt; die Tabes ist nicht nach einem embryonalen System abzumessen. Die selbsständige Lateralsclerose ist durch kein einziges Beispiel festgesetzt. Flechsig ist bei der Tabes zu keinem bestimmten Resultat gekommen; für die Hinterstränge allein nimmt er 3 oder 4 Systeme an. – Dass eine wirkliche Tabes sich mit einer spastischen Spinalparalyse combinirt, hat L. noch nie gesehen. Wenn man von Systemerkrankungen spricht, muss doch das Rückenmarkssystem das massgebende sein, aber eine Krankheit, die ein Mal an den Ganglienzellen beginnt, ein anderes Mal anderswo, kann L. nicht als eine Krankheit ansehen, die sich an bestimmte embryonale Systeme anschliesst.

Wenn man die Sache so auffasst, dass die anatomische Erkrankung mehrere Systeme einnimmt, so ist dagegen nichts zu sagen.

Oppenheim (persönlich). Damit, dass er gesagt hat, L. halte den Fortschritt auf, habe er selbstverständlich die grossen und allgemein anerkannten Verdienste Leydens um die Erforschung der Rückenmarkskrankheiten nicht irgendwie herabsetzen wollen. Er habe nur sagen wollen, dass seiner Meinung nach Leyden sich den neueren wissenschaftlichen Ergebnissen gegenüber zu skeptisch verhalte, und dabei möchte er auch bleiben.

233) **Hoppe:** Ueber einen ungewöhnlichen Fall von Bulbärparalyse (Aus dem Laboratorium des Herrn Dr. Oppenheim).

Vortr. berichtet über eine Erkrankung bei einem 40jährigen Schmiedegesellen, welche unter dem Bilde einer progressiven Bulbärparalyse verlief, aber sich durch die normale electrische Erregbarkeit der gelähmten Muskeln und durch das Fehlen aller pathologischen Veränderungen an den peri-

pherischen Nerven und dem Centralorgan auszeichnete. Der Vortragende fasst seinen Fall mit den von Wilks, Eisenlohr und Oppenheim beobachteten zusammen. Es handelt sich um eine langsam fortschreitende Lähmung im Gebiet des Oculomotorius, des motorischen Quintus, Glossopharyngens, Accessorius, verbunden mit Schwäche der Extremitäten. Nur einmal war der Hypoglossus betheiligt. Alle Fälle endigten tödtlich durch eine Lähmung der Respiration und Circulation. Bei dem Fehlen jedes anatomischen Befundes deutet Vortr. die Möglichkeit einer chronischen Vergiftung und einer pathologischen Veränderung der Hirnrinde an, welche sich vielleicht in Zukunft einer verbesserten Technik enthüllen wird.

Discussion:

Senator hat vor vielen Jahren einen Fall beobachtet, der in die Kategorie gehört, wie der vorliegende; es war ein Mann in mittleren Jahren, der ziemlich plötzlich an einer Hemiplegie erkrankte, zu welcher sich eine Diplegia facialis hinzugesellte; von der gewöhnlichen Bulbärparalyse unterschied sich der Fall durch seinen schnellen Verlauf, das Fehlen der Entart.-R., von Atrophieen und fibrillären Zuckungen. Die Section ergab weder makroskopisch, noch mikroskopisch etwas; das Grosshirn und die Grosshirnganglien wurden allerdings nicht mikroskopisch untersucht.

Oppenheim zweifelt daran, dass der Senator'sche Fall hierher gehört, weil er mit einer Hemiplegie begann. Das Fehlen von fibrillären Zuckungen ist allerdings wichtig. Vielleicht ist es von Interesse mitzutheilen, dass er in dem Hoppe'schen Fall den negativen mikroskopischen Befund vorher als wahrscheinlich angenommen hatte.

Bernhard hat vor einigen Jahren einen ähnlichen Fall mitgetheilt; es handelte sich um einen Mann, welcher eine doppelseitige Ptosis hatte und eine Lähmung des rect. sup. der einen Seite, ferner Schwäche in der Kaumuskulatur. B. hielt die Sache für eine Nuclearlähmung; die Symptome gingen zunächst zurück; nach 3—4 Jahren wurde es schlechter. Es stellten sich eine Atrophie in der Nackenmuskulatur und die Erscheinungen einer Duchenne'schen Bulbärparalyse ein. Leider wurde die Section nicht gemacht.

Remak: Die Meinung Hoppes, dass bei Bulbärparalyse der obere Facialis nicht betheiligt sei, ist eine irrige. R. hat selbst einen derartigen Fall einmal hier vorgestellt.

Hoppe: R. habe ihn mitverstanden. Er habe nicht von der Polioencephalitis inf. oder sup. gesprochen, sondern nur von der Duchenne'schen Form, und bei dieser sei der obere Facialis nie gelähmt, ebenso wenig wie der Oculomotorius.

Remak verweist auf seine demnächst erscheinende Arbeit.

Marinesco (als Gast): Sur les altérations des nerfs et de la moelle consécutives aux amputations (erscheint als Originalarbeit im neurologischen Centralblatt.)

(Sitzung von Montag, 14. März 1892.)

234) **Köppen:** Ueber Knochenerkrankungen bei Morbus Basedowii.

V. hat einen Fall von M. Basedowii beobachtet, der nach verschiedenen Richtungen hin von Interesse war. Es handelt sich um eine 23jähr. Person, die er $1^1/_4$ Jahr in Strassburg beobachtet hat. Der Beginn der Erkrankung

fand 5 Jahre vor der Aufnahme statt, zu gleicher Zeit traten auf Struma, Exophthalmus und Herzpalpitationen. — Bei der Aufnahme wurden eine grosse S'ruma, Exophthalmus, ein etwas hypertrophisches Herz, schneller Puls, Tremor, Herabsetzung des Leitungswiderstandes, Schweisse und ein ausgesprochen hysterischer Character constatirt. Ferner fiel es auf, dass ihre Stimme ganz modulationslos war; sie gab auf Befragen an, dass sie früher gut habe singen können, dass sie aber seit ihrer Erkrankung diese Fähigkeit verloren habe; ferner traten kurz vor ihrem Tode eigenthümliche Erscheinungen hervor; sie bekam eigenthümliche Anfälle von Angina pectoris; auch Krämpfe traten auf, die etwas an Tetanie erinnerten; das Trosseau-sche Phänomen war aber nicht auszulösen; eine electrische Untersuchung war bei dem schwerkranken Zustande nicht möglich. Endlich hatte die Patientin noch ein Symptom geboten, welches zunächst nicht so bemerkenswerth schien, nämlich eine Kyphoscoliose; sie gab an, dass dieselbe im Verlauf ihrer Krankheit entstanden sei; dieses Symptom bekam durch die spätere Section ein erhöhtes Interesse. Es fand sich zunächst im Gehirn und Rückenmark nichts, als dass das Hirngewicht abnorm gross war und die graue Substanz eine sehr eigenthümliche Röthung zeigte. Die anatomische Untersuchung hat weiter keine Veränderung ergeben; die Sympathici waren normal, ebenso wenig zeigten die Intervertebralganglien oder die Knochennerven etwas abnormes.

An den Knochen des Beckens und an den unteren Wirbeln fanden sich Exostosen; v. Recklinghausen untersuchte die Knochen mikroskopisch und constatirte, dass die anatomischen Veränderungen der Osteomalacie vorlagen. Auch Enostosen fanden sich. Es frägt sich nun, ob hier eine Complication von Osteomalacie und Morbus Basedowii vorliegt, oder ob die Osteomalacie in Zusammenhang zu bringen ist mit dem Morbus Basedowii. Die Patientin hat nie eine Geburt durchgemacht. Andrerseits ist es auch möglich, dass diese Osteomalacie in Verbindung stand mit dem M. B. und sich auf Grund dieser Krankheit entwickelte und zwar in Folge von vasomotorischen Störungen, welche auch auf die Gefässnerven der Knochen einwirkten und eine arterielle Hyperämie hier erzeugt haben. Nur fragt es sich, ob man dabei annehmen darf, dass man es mit einer ganz gewöhnlichen Osteomalacie zu thun hat. V. hat noch einen weiteren Fall beobachtet, der im Lichte des ersten Falles ein gewisses Interesse gewinnt; die Patientin hatte die characteristischen Symptome des M. B., auch sie hatte die Stimme verloren und gab weiter an, dass sie seit dem Beginn ihrer Krankheit in auffallender Weise ihre Zähne verloren hatte; es fand sich ausserdem eine Kyphoscoliose, deren Entstehungszeit sich allerdings nicht feststellen liess. Das Becken war normal; die femora und die Wirbelsäule waren auf Druck schmerzhaft. Die ersten Symptome der Osteomalacie sind eine Schmerzhaftigkeit der Knochen, des Sternums und der Wirbelsäule.

An der Discussion betheiligen sich:

Goldscheider, Sperling, Remak und der Vortragende.

2. König: Ueber functionelle Störungen im Gebiete des facialis und hypoglossus mit besonderer Berücksichtigung der functionellen Hemiplegie. (Erscheint als Originalarbeit im Neurolog. Centralblatt.)

König.

IV. Bibliographie.

235) **Thomas Buzzard** (London): On the simulation of hysteria by organic disease of the nervous system (Ueber die Vortäuschung von Hysterie durch organische Erkrankung des Nervensystems). London J. und A. Churchill 1891.

Verfasser hat sich in vorstehender Arbeit, wie schon anderen Orts, der Aufgabe unterzogen, an einer Reihe von Fällen die Schwierigkeiten darzulegen, die sich bezüglich der Differentialdiagnose zwischen organischen Erkrankungen des Nervensystems und Hysterie ergeben können. Der Inhalt seiner Schrift leistet in dieser Beziehung mehr als der Titel verspricht. B. beschäftigt sich nicht blos mit organischen Nervenleiden, die durch die Eigenart ihrer Gestaltung oder die Beimengung von hysterischen Zügen zur Auffassung als Hysterie Anlass gaben, sondern auch umgekehrt mit Fällen von Hysterie oder, allgemeiner gesagt, von functionellen Affectionen des Nervensystems, bei welchen der eine oder andere Umstand auf eine organische Erkrankung hinzuweisen schien. Die Casuistik, welche B. vorführt, ist indess im einzelnen von sehr verschiedener Qualität, was die hierbei in Betracht kommenden diagnostischen Schwierigkeiten betrifft. Es finden sich neben Fällen, deren richtige Deutung keinem mit dem gegenwärtigen Stande der Neuropathologie Vertrauten ernste Zweifel verursachen kann, wieder andere, welche sich auch für den erfahrensten Neuropathologen als sehr verwickelte diagnostische Probleme darstellen. Solche Fälle liefert insbesonders die multiple Sclerose in grösserer Zahl; der Besprechung dieser Krankheit ist auch der grössere Theil der Arbeit gewidmet.

Zunächst berichtet B. über eine Anzahl von Fällen, in welchen isolirte Parese des Iliopsoas vorlag. Die betreffenden Kranken waren zunächst jüngere weibliche Personen. Dass bei solchen, namentlich wenn neben der Iliopsoasparese hysterische Ercheinungen bestehen, erstere leicht irrthümlich gedeutet werden, liegt nahe, zumal eine electrische Exploration des Iliopsoas unmöglich ist und die electrische Erregbarkeit der Muskeln der Unterextremitäten sich normal erweist. B. bezieht die Schwäche des Iliopsoas in einem der angeführten Fälle, der eine sehr anämische heruntergekommene Patientin betraf, auf eine transitorische Ernährungsstörung im Lendenmark, in den übrigen auf myopathische Atrophie des Iliopsoas. Das Auftreten der gleichen Bewegungsstörungen bei mehreren Gliedern einer Familie und der Nachweis von Muskelatrophie und Pseudohypertrophie an einzelnen Muskelgruppen der unteren Extremitäten bei Geschwistern der von der Iliopsoasparese Heimgesuchten gewähren dieser Auffassung jedenfalls eine bedeutende Stütze.

An die besprochenen reiht B. mehrere Fälle Friedreichs Ataxie an, die indess sämmtlich in diagnostischer Beziehung so klar und unzweideutig sind, dass deren Auffassung als Hysterie wohl nur auf Grund sehr mangelhafter Sachkenntniss möglich war. Auch bei einem Falle von secundärem Cancer der Cauda equina liegt die Sache sehr ähnlich.

Bezüglich des Verhaltens der Reflexe bei hysterischer Paraplegie hebt B. hervor, dass dasselbe fast immer das umgekehrte von dem bei Tabes dorsalis beobachteten darstellt: Das Kniephänomen ist gesteigert, Fussphänomen kann vorhanden sein, während der Plantarreflex fehlt. Den Mangel des letzteren Reflexes bei hysterischer Paraplegie hält B. für so constant, dass er die Gegenwart des Reflexes in zweifelhaften Fällen als Argument zu Gunsten der Annahme einer organischen Affection erachtet. Eingangs seiner der multiplen Sclerose gewidmeten Erörterungen bemerkt B. gewiss mit Recht, dass es wenige Krankheiten gibt, die bei typischer Entwicklung leichter zu erkennen sind, als die genannte, dass aber auch keine Erkrankung soviel diagnostische Schwierigkeiten darbieten kann als die mult. Scl. Die characteristischen Erscheinungen, Intentionstremor, Muskelkrämpfe, Nystagmus, die skandirende Sprache, die apoplektischen Anfälle, auch die Steigerung des Kniephänomens können sämmtlich fehlen und an ihrer Stelle verschiedene vieldeutige Symptome wie temporäre Schwäche eines Gliedes, vorübergehende Taubheit an einer Extremität, Verlust des Gesichts auf einem Auge, Atrophie einer umschriebenen Muskelgruppe oder sogenannte rheumatische Schmerzen treten. Hierzu kommt nun noch eine Reihe von Umständen, welche die Auffassung speciell der Initialstadien der mult. Scler. als Hysterie in, man könnte sagen, aufdringlicher Weise nahelegt.

„Die Erkrankung befällt ganz vorzugsweise jüngere Angehörige des weiblichen Geschlechtes und die Symptome treten bei denselben häufig um die Zeit der Pubertätsentwicklung auf. Oft wird von einer seelischen Erschütterung oder Aufregung berichtet, welche den ersten Krankheitserscheinungen vorherging oder dieselben begleitete. Es ist eine der Erwägung würdige Frage ob plötzliche stärkere Gemüthserregungen oder lange dauernde seelische Qualen nicht ätiologische Factoren der Krankheit bilden. Ausserdem giebt es wenige Fälle diss. Scler. bei weiblichen Personen, in welchen hysterische Symptome sich nicht vermischt mit solchen finden, die von den bekannten pathologischen Veränderungen abhängen. Natürlich liefert diese Combination an sich besondere Gelegenheiten zu diagnostischen Irrthümern. Aber wir haben noch eine andere Quelle des Irrthums in der Thatsache, dass manche Symptome der mult. Scler. lange als solche der Hysterie betrachtet wurden. Ein angeblicher plötzlicher Kraftverlust in einem Gliede bei einem anscheinend gesunden jüngeren Frauenzimmer, ein localisirtes Gefühl von Taubsein oder Ameisenkriechen oder Verlust des Sehvermögens auf einem Auge, diese Symptome sind ja bekannt genug als Aeusserungen functioneller Störungen. Aber sie sind auch Erscheinungen, durch welche organische Erkrankungen von der Art wie die besprochene sich ankünden. Diese localen Symptome mögen nach kurzer Zeit verschwinden, gerade wie es bei hysterischem Ursprunge der Fall sein würde. Das Mädchen erhält ihr Sehvermögen wieder oder den Gebrauch ihrer Glieder und von der Taubheit wird nichts mehr gehört. Etwas später vielleicht wird über den Verlust des Sehvermögens auf dem anderen Auge geklagt. Ameisenkriechen stellt sich an irgend einer anderen Stelle ein. Ein anderes Glied wird von einer Schwäche heimgesucht. Der Ansicht, dass diese Symptome auf Hysterie beruhen, mag dies Wiederauftauchen der Störungen in anderen Localitäten

eine anscheinend gewichtige Stütze verleihen. Oder die Patientin klagt vielleicht über Schwäche und Steifigkeit in beiden Beinen, welche Erscheinungen zunehmen, sodass dieselbe in 6 oder 8 Wochen nicht mehr stehen kann. Dann kommt eine ziemlich rasche Besserung und sie erlangt ihre Kraft wieder vollständig. Früher oder später (in manchen Fällen nach einem Zeitraum von Jahren) stellt sich die Schwäche neuerdings ein. Nach Wiederherstellung und Recidiven dieser Art zeigen sich die characteristischen Erscheinungen der ausgeprägten diss. Scler."

Das geschilderte hysterische Gepräge des Initialstadiums der mult. Scler., das Verschwinden nicht allein einzelner Symptome, sondern sämmtlicher Krankheitserscheinungen für eine Mehrzahl von Jahren, wie es von Buzzard beobachtet wurde (in einem Falle handelt es sich um eine 4jährige, in einem 2. um eine 5—6jährige Intermission), ist bei einem an sich irreparablen Processe, wie ihn die mult. Scler. anatomisch darstellt, schwer erklärlich, aber der Thatsache müssen wir jedenfalls bei unseren Diagnosen in vollem Maasse Rechnung tragen.

Die Criterien, auf die sich die Unterscheidung zwischen Hysterie und mult. Scler. nach B. stützen soll, sind, wie wir nicht verhehlen können, ziemlich ungleichwerthig und auch nicht immer nachweisbar. So legt B. auf die Gegenwart des Plantarreflexes grosses Gewicht als einen gegen Hysterie sprechenden Umstand. Aber er ist doch nicht geneigt, diesem Symptome eine ausschlaggebende Bedeutung bezüglich der Diagnose einer organischen Erkrankung zuzugestehen. Die motorische Schwäche ist bei diss. Scl. nach Buzzard sehr selten (abgesehen von vorgerückten Stadien) erheblich, während bei Hysterie sehr häufig vollständige Paralysen zu beobachten sind. Da aber bei den Hysterischen neben den eigentlichen Paralysen alle möglichen Grade motorischer Schwäche vorkommen, wird man auf den angegebenen Unterschied wohl nicht zu viel bauen können. Ebenso dürfte es sich mit dem Localitätswechsel der Erscheinungen, dem Ueberspringen von Paresen und Parästhesien von einem Gliede zum andern (sowie von Sehstörungen von einem Auge auf das andere) verhalten. B. erblickt in diesem Wandern der Störungen bei mult. Scl. eine Sache sui generis, etwas geradezu für diese Krankheit Characteristisches, während die bekannten Thatsachen des Transferts doch darauf hinweisen, dass eine derartige Verschiebung der Symptome, wenn auch von B. nicht beobachtet, bei Hysterie jedenfalls nicht ganz auszuschliessen ist.

Dass ophtalmoskopisch nachweisbare Sehnervenatrophie, Nystagmus und Intentionszittern, die Diagnose der mult. Scl. gegenüber der Hysterie völlig sicher stellen, hierüber wird Jedermann mit B. vollständig einverstanden sein. Misslich ist nur, dass gerade diese Grundstücke der Diagnose in den Initialstadien so oft mangeln.

Buzzard's Buch verdient durch eine Uebersetzung einem weiteren deutschen Leserkreise zugänglich gemacht zu werden.

Wenn uns auch der Autor keine neuen Kriterien von absoluter Sicherheit zur Erkennung der mult. Scl. liefert, so enthalten seine Ausführungen doch so manches, was dem Practiker nicht blos die Entscheidung der Frage, ob Hysterie oder mult. Scl. (resp. organische Erkrankung), sondern auch bei der so häufigen Vermengung organisch begründeter und functioneller

Störungen die Sonderung der beiden Symptomengruppen erleichtert. Auch mahnt die Arbeit B.'s in sehr eindringlicher Weise zur Vorsicht bei der diagnostischen und prognostischen Beurtheilung so manchen Falles, bei dem der Character der Patientin und die ätiologischen Verhältnisse nach den zur Zeit noch landläufigen Anschauungen über die hysterische Natur der vorliegenden Störungen wenig Zweifel zu lassen scheinen.

L. Löwenfeld.

---

236) Dr. **Armand Hückel,** Lehrbuch der Krankheiten des Nervensystems für Studirende und Aerzte. (Mit 24 Abb.)

(Leipzig und Wien, Franz Deutike 1891.)

Wer der comprimirten Form der Compendien Geschmack abgewinnen kann, wird an dem vorliegenden Buche, das den Namen „Lehrbuch" mit Unrecht führt, grosse Freude haben. Auf 295 Seiten ist der gewaltige Stoff der Gehirn-, Rückenmarks- und Nervenkrankheiten zusammengepresst; selbstverständlich ist es eine Art erweiterter Inhaltsübersicht, aber sie ist gut. Ref. hat sich die Mühe gemacht einzelne Capitel des H.'schen Buches mit den entsprechenden Abschnitten des eben vollendeten grossen Werkes von Gowers zu vergleichen und konnte feststellen, dass in ersterem nichts übersehen, wenn auch nur kurz erwähnt ist.

Vor den meisten Capiteln stehen kleine anatomisch-physiologische Einleitungen.

Recht klar sind die differential-diagnostischen Auseinandersetzungen.

Die Therapie steht nicht überall auf moderner Höhe.

Mit Zeichnungen ist sehr spärlich umgegangen, was auch in einem Compendium ein Nachtheil ist, und diese wenigen Zeichnungen treten uns in der abgegriffenen Gestalt der ältesten Ladenhüter gegenüber, die doch längst durch bessere, übersichtlichere und darum lehrreichere Entwürfe überholt sind. Wenn der Verf. keine Originale geben konnte, hätte er doch leicht neuere und bessere Schemata und Abbildungen copiren lassen können.

Als Curiosum sei erwähnt, dass die Neurasthenie als „Anhang" am Ende des V. Capitels, welches von den Neurosen handelt, also am Ende des ganzen Buches steht, ferner, dass sie als „ein rein psychisches Leiden" bezeichnet wird.

Die Ausstattung des Buches ist gut. E.

V. Zur Tagesgeschichte.

Zur Ausführung des preussischen Irrefürsorgegesetzes vom 11. Juni 1891.

Der im April versammelte Landtag der Provinz Posen hat dem Provinzial-Ausschusse weitgehende Vollmachten zur Organisation der erweiterten Irrenfürsorge gegeben. Zugleich sind Mittel zur Erweiterung der Anstalt zu Owinsk um 80 Köpfe und dem Samariter-Ordens-Stift zu Kraschnitz, wo die Provinz Posen 130 Freistellen für Idioten zu beanspruchen hat, 20 000 Mark unverzinsliches Darlehen zu Neubauten bewilligt worden.

Die Provinz Sachsen verwendet auf Beschluss des Landtags vom 11. März d. J. $3^1/_2$ Million Mark zur Einrichtung einer definitiv auf den Umfang von 1000 Köpfen berechneten Epileptiker- und Idioten-Anstalt. Es ist das bekanntlich die definitive Gestaltung eines Projects, das in der Prov. Sachsen schon geraume Zeit vor der Berathung des betr. Gesetzes geplant wurde. Für die Idioten-Anstalt ist das 640 Morgen grosse Gut Modderkahl, im Kreise Gardelegen an der Bahn Berlin-Hannover, für 170,000 Mark angekauft worden. Die Anstalt, deren Central- und Verwaltungs-Anlagen auf 1000 Köpfe berechnet sind, soll zunächst für 500 Köpfe eingerichtet werden, wofür 2 Millionen bewilligt sind.

Die neue Anstalt wird die Provinzial-Irren-Anstalten voraussichtlich derart entlasten, dass für einige Jahre eine Erweiterung der Irrenfürsorge im engeren Sinne nicht nöthig werden würde; es ist deshalb das ursprüngliche Project, bis zum April 1896 eine dritte Irren-Anstalt für 1000 Köpfe zu gründen, den Berathungen des 1894 zusammentretenden Landtags vorbehalten worden. Voraussichtlich wird derselbe einen etwas späteren Zeitpunkt wählen. Vor Ende des Jahrhunderts würde Sachsen jedenfalls 4800 Plätze für Irre, Idioten und Epileptiker besitzen, was bei einer Einwohnerzahl von $2^1/_2$ Millionen den höchsten Leistungen anderer Culturländer entsprechen würde.

Die schlesische Provinzial-Verwaltung hat ihre statistischen Erhebungen ergänzt, und ist zu recht grossen Zahlen gekommen, die es fast unmöglich erscheinen lassen, bis zum 1. April 1893 den Anforderungen des Gesetzes zu genügen. Die Verwaltung hat deshalb den Kreisen nahegelegt, alle unter das neue Gesetz fallende Kategorien Hilfsbedürftiger, soweit dieselben nicht bildungsfähig oder gefährlich sind, aus Mitteln der Kreise in kleineren, eventuell privaten Anstalten zu versorgen, zu denen der Landarmenverband die allgemeinen Verwaltungskosten beitragen könnte.

Die Provinzial-Verwaltung von Ostpreussen spricht in einem Bericht über das dortige Irrenwesen die Vermuthung aus, dass in Folge des mit dem 1. April 1893 in Kraft tretenden Gesetzes kein ungewöhnlicher Zudrang zu den Provinzial-Anstalten stattfinden werde; durch

weitere Ausdehnung der Familienpflege, ferner durch Verlegung der geisteskranken Verbrecher, Vagabunden und Prostituirten nach der Besserungsanstalt zu Tapiau sollen 60 Plätze in den beiden zusammen 1290 Plätze fassenden Anstalten gewonnen werden.

Kurella.

Ein Wörterbuch für Psychologische Medicin, in zwei Bänden, herausgegeben von Dr. Hack Tuke, wird binnen Kurzem im Verlag von Churchill erscheinen. Dieses wichtige Werk ist schon seit zwei Jahren in Arbeit. Es wird in alphabetischer Ordnung die Erklärung der verschiedenen Ausdrücke geben, welche in der medicinischen Psychologie gebraucht werden, sowie auch verschiedene Beiträge über alle wichtigen, damit verbundenen Kenntnisse. Zugleich wird es über die Pathologie und Behandlung aller Formen von Geisteskrankheiten, über die Irrengesetzgebung, ferner über die Resultate der neuesten psychophysischen Untersuchungsmethoden vollständige Angaben enthalten.

Bei der grossen Specialisirung der gegenwärtigen Wissenschaft macht sich für ein solches Werk die Nothwendigkeit einer Arbeitstheilung bemerkbar. Das angekündigte Werk wird sich nun von anderen Büchern über Geisteskrankheiten dadurch unterscheiden, dass sich der Verfasser Beiträge von den berühmtesten Specialisten Europas gesichert hat.

Es giebt wenige bekannte britische Verfasser über Geistes- und Nervenkrankheiten, deren Namen nicht in der Liste der Mitarbeiter genannt werden. Auch werden viele wohlbekannte Namen von Psychiatern aus Frankreich, Deutschland, Italien, Russland, Norwegen und Schweden in der Ankündigung genannt. Im ganzen zählt das Werk 127 Namen. Das medicinische Publikum darf gewiss sein, dass es in diesen zwei Bänden eine Anzahl von Abhandlungen finden wird, welche die neuesten Resultate der wissenschaftlichen Untersuchungen enthalten, geschrieben von Männern, welche diesen Gegenstand vollkommen bewältigt haben.

Eine so grosse Masse von wissenschaftlichen Kenntnissen zu ordnen und im Zusammenhang herauszugeben ist für eine Person eine fast zu grosse Aufgabe. Sie könnte nicht in besseren Händen sein, als in denen des Dr. Hack Tuke, dessen eigene Schriften umfassende Gesichtspunkte zeigen und welcher in freundschaftlicher Verbindung mit fast allen wissenschaftlichen Männern unserer Zeit steht.

Ireland (Prestonpans).

Inhalt des Juni-Hefts.

III. Original-Vereins-Berichte.

IV. Bibliographie.

V. Tagesgeschichte.

Druckfehler-Verzeichniss.

Im Referat 128:

1. Zeile 5 von oben lies: Lähmung gleichnamiger Muskelpaare.
2. „ 4 „ unten (Seite 169) lies: Wirkung statt Dickung.

Buchdruckerei von Kindt & Meinardus, Coblenz.

CENTRALBLATT

für

Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Intrnationale Monatsschrift

für die

gesammte Neurologie in Wissenschaft und Praxis mit besonderer Berücksichtigung der Degenerations-Anthropologie.

XV. Jahrgang. 1892 Juli. Neue Folge III. Band.

I. Originalien.

I.

Ueber die Eintheilung der Krankheiten.

Neurologische Betrachtungen

von

P. J. Möbius.

Welche Eintheilung der Krankheiten die beste sei, diese Frage lässt sich von verschiedenen Gesichtspunkten aus beantworten. Vom wissenschaftlichen Gesichtspunkte aus oder im Sinne des idealen Arztes wird zunächst zu fordern sein, dass der Grund zur Eintheilung der Krankheiten nur einer sei. Die Anwendung mehrerer Principien ist nicht nur alogisch, sondern auch von practischem Nachtheile. Der ideale Arzt wird sein Gebiet am besten beherrschen, wenn er es nach einem Principe eintheilt. Dann werden sich vernunftgemässe Unterscheidungen ergeben, die das innerlich Zusammengehörige zusammenfassen; die Klarheit wird theoretisch befriedigen und practisch erleichtern.

Man kann es von vornherein mit verschiedenen Principien versuchen. Zunächst bietet sich der Ort an. Das giebt eine topographische Pathologie, in der z. B. alle Krankheiten der Nase zusammenständen, ebenso alle Krankheiten der Zunge, der Lippen u. s. f. Eine solche Topographie hat gewiss ihre Verdienste, aber sie genügt natürlich nicht, weil dieselbe Krankheit verschiedene Orte ergreifen kann und weil bei vielen Krankheiten der ganze Körper ergriffen ist. Besser scheint die Eintheilung nach den Geweben zu sein: Krankheiten der Knochen, der Haut, des Nervensystems u. s. f., aber

die gleichen Einwände sind gegen sie zu erheben. Dass die Eintheilungen nach dem Verlaufe (acut, chronisch u. s. f.), oder nach Symptomen (fieberhaft, nicht fieberhaft) nicht genügen, das liegt auf der Hand. Das gleiche gilt von der Eintheilung nach der Behandlung (ob Recept oder Messer). Da nun alle anderen Eintheilungen nicht brauchbar sind, bleibt nur die nach den Ursachen übrig und wirklich ist diese allein vom theoretischen wie vom practischen Standpunkte aus befriedigend. Der einzige Einwurf, den man erheben kann, bezieht sich darauf, dass wir die Ursachen nicht bei allen Krankheiten kennen. (Die Meinung, dieselbe Ursache könnte verschiedene Wirkungen haben, ist unsinnig.) Der Einwurf aber richtet sich nicht gegen das Princip, sondern nur gegen unsere Unwissenheit, erledigt sich daher, wie wir hoffen dürfen, mit der Zeit von selbst. Vorderhand würden alle Krankheiten in 2 Klassen zerfallen, solche, deren Ursache wir kennen, und solche, deren Ursache wir nicht kennen. Unser Streben geht dahin, durch Verkleinerung der 2. die 1. Klasse zu vergrössern und unser Ziel ist die Vernichtung der 2. Klasse. Schwierigkeiten stellen sich freilich in den Weg, aber diese dürfen uns nicht vom richtigen auf falsche Wege drängen und es ist gar kein Grund vorhanden, sie als unüberwindliche anzusehen. Vor allem darf man eins nicht vergessen. Wir dürfen mit Bestimmtheit annehmen, wenn zwei Krankheitbilder nach den Symptomen und der Art des Vorkommens und dem Verlaufe sich wirklich gleichen, dass sie dann auch Eine Ursache haben. Diese Uebereinstimmung der Krankheitbilder, die „klinische Einheit“, ist das Organon, mittelst dessen wir unseren Weg finden, auch ehe die Ursache wirklich erkannt ist. Die klinischen Einheiten gehören eigentlich schon in die 1. Klasse und früher oder später werden aus ihnen ätiologische Einheiten. Die klinische Analyse und die ätiologischen Bestrebungen können daher in keiner Weise einander entgegentreten. Der, welcher klinische Einheiten schafft, ist zugleich auch ätiologisch thätig. Nur daran muss erinnert werden, dass es mit der klinischen Analyse allein nicht gethan ist, dass unser Organon auch zuviel trennen kann und dass manches durch die endliche Erkenntniss der Ursache verknüpft wird, was die Klinik geschieden hatte. Z. B. Rausch, acutes Alkohol-Delirium, Alkoholepilepsie, chronischer Alkoholismus, Lebercirrhose u. s. w. sind Blumen an Einem Zweige. Der Arzt will dreierlei, die Krankheit erkennen, sie verhüten und sie heilen. Das erste Verlangen befriedigt in gewissem Grade die klinische Einheit, vollständig erst die Aetiologie, zur Erfüllung der beiden anderen (soweit sie erfüllbar sind) leitet wieder die Aetiologie.

Die ganze neuere Entwickelung unserer Erkenntniss drängt sozus. dem ätiologischen Principe zu. Ein bemerkenswerthes Beispiel gewährt die Syphilis. Hier lagen die Verhältnisse von vornherein so, dass im Gegensatze zu dem Ueblichen die ätiologische Einheit festgehalten wurde und unbekümmert um die Eintheilung in Medicin und Chirurgie erwuchs die Syphilidologie. In naturgemässer Weise vergrössert sie sich mit der grösseren Einsicht und wächst wie ein Krystall durch Apposition. Wo die syphilitische Neubildung gefunden wird, sei es an den Meningen, sei es in der Placenta oder sonstwo, da ist der Syphilidologe auf seinem Eigenen. Auch kann es ihm niemand wehren, seinem Fache die Metasyphilis, d. h. Tabes

und progr. Paralyse, anzugliedern. In gleicher Weise wie die Syphilidologie könnte man eine Tuberkulologie bilden, die aus der ganzen Medicin das an sich nähme, was eine Wirkung des Tuberkelbacillus ist, ferner eine Carcinomologie, eine Lehre von den Staphylokokkenkrankheiten u. s. f. Würde die einheitlich ätiologische Eintheilung in dieser Weise durchgeführt, so würde der Unterschied zwischen inneren und chirurgischen Krankheiten aufhören, würden auch die Bestandtheile der Neurologie und der Psychiatrie nicht beisammenbleiben. Jene Eintheilung setzt den idealen Arzt voraus, für den es nur Eine Medicin giebt. Freilich an der Thatsache, dass der Raum in einem Menschenkopfe eine beschränkte Grösse ist, scheitert der ideale Arzt. Sobald ein Arzt sein Gebiet wirklich beherrschen und fruchtbringend bearbeiten will, muss er sich auf ein Stück der Medicin beschränken. Daher gilt es, zwischen dem Ideal und den Anforderungen des Lebens zu vermitteln. Wir thun dies in der Weise, dass wir den Lernenden durch das Gebiet der gesammten Medicin führen. Er tritt als ihr Vertreter in das Leben und soll sich als solcher fühlen trotz seiner etwaigen Beschränkung auf dieses und jenes Sondergebiet. Ausser der möglichst vollkommenen und umfassenden Ausbildung ist von dem, der um der Vertiefung willen sich auf ein Fach beschränkt, zu verlangen, dass er nach Kräften den Zusammenhang mit den anderen Fächern erhalte und sich die Lernfähigkeit bewahre, um je nach dem Bedürfnisse der Entwickelung über die anfänglichen Grenzen hinausgehen zu können. Diese Lernfähigkeit hat allerdings auch ihre Grenzen (z. B. möchte ich, wenn ich der Trepanation oder der Neurektomie bedürftig wäre, meinen Leib nicht einem ad hoc zum Chirurgen gewordenen Neurologen anvertrauen), aber die vereinigte Arbeit der verschiedenen Sonderärzte kann für die individuellen Mängel entschädigen. Je reicher die Medicin wird, um so ärmer ist relativ der Einzelne und um so nöthiger ist die Ergänzung der Fachvertreter durch einander.

Die vorhandenen Eintheilungen sind wohl immer durch practische Rücksichten entstanden. Primum vivere, deinde philosophari heisst es auch in der Medicin. Der inneren Medicin kommt ursprünglich alles zu, wo nur ein Recept zu verschreiben ist, der Chirurgie das, wo eine Hantirung nöthig ist. Die Psychiatrie entwickelte sich im Irrenhause: was sich da vorfand, ward beschrieben. Die partielle Abtrennung der Neurologie von der inneren Medicin ist zum Theil das Verdienst der galvanischen Batterie, zum Theil eine Wirkung der Schwierigkeiten, die der Lernende in der Gehirn- und Rückenmarksanatomie, sowie in den neurologischen Untersuchungmethoden findet, und des Umfanges, den das Gebiet mit der Zeit gewonnen hat. Wie bei allem historisch Gewordenen ist auch bei der Gruppenbildung in der Medicin eine gewisse immanente Vernunft nicht zu leugnen und es würde unrecht sein, das Vorhandene nur theoretischen Erwägungen zu Liebe zerstören zu wollen. Was eine entfernte Zukunft bringen möge, das soll dahingestellt sein. Dass die durch practische Bedürfnisse geschaffenen Gruppen auch für die absehbare Zukunft in der Hauptsache bestehen bleiben werden, ist wohl zweifellos. Dabei ist natürlich festzuhalten, dass die gegebenen Abgrenzungen weder eine wirkliche Trennung bedeuten, noch im Einzelnen unverrückbar sind. Die Entwickelung ist nur zum Theil abgeschlossen.

Uns geht hauptsächlich das Verhältniss zwischen der inneren Medicin, der Neuropathologie und der Psychiatrie an und gerade hier befinden wir uns mitten im Werden. Früher gab es die 2. Gruppe nicht; die 1. und die 3. waren ziemlich scharf geschieden.

Obwohl es einleuchtend ist, dass strenggenommen alle 3 nicht als natürliche Gruppen zu betrachten sind, sondern als conventionelle, war man doch früher gewohnt, besonders die Psychiatrie als ein Individuum zu betrachten. Diese Meinung tritt z. B. in der wunderlichen Weise zu Tage, in der Manche von „dem" Irresein sprachen, noch mehr in der erschreckenden Thatsache, dass man alle Fälle des Irrenhauses statistisch verarbeitete und daraus nicht nur wirthschaftliche, sondern auch wissenschaftliche Schlüsse zog. Dass die Psychiatrie sich aufschloss und den Anschluss an die Neurologie suchte, lag wohl in erster Linie daran, dass man die Auffassung der Seelenstörungen als Gehirnkrankheiten betonte, u. 2. daran, dass die progressive Paralyse mit ihren körperlichen Symptomen, ihren Rückenmarksveränderungen eine Art von Bindeglied darstellte. Durch die Einrichtung von Krankenhausabtheilungen mit Geisteskranken und Nervenkranken, durch die Gründung von Zeitschriften für Psychiatrie und Neurologie, besonders aber durch die wachsende Bekanntschaft mit den Geistesstörungen unter den „Nervenkrankheiten" wurde das Band immer stärker. In neuester Zeit beginnt eine Art von Reaction sich fühlbar zu machen. Es ist betont worden, dass die Nervenheilkunde doch eigentlich ein Anhang der inneren Medicin sei und mit dieser in enger Verbindung zu bleiben habe. Was wird geschehen? Der gegenwärtige Zustand ist ein kaum dauerhafter, anders muss es werden, da die Neuropathologie jetzt sich in der schlimmsten Lage befindet. Am wenigsten wahrscheinlich ist die Annahme, die Entwickelung werde rückläufig werden, die Neurologie (der Kürze wegen statt: Neuropathologie) werde in den Schooss der inneren Medicin zurückkehren. Es bleiben 3 Möglichkeiten, entweder die Neurologie schliesst sich ganz der Psychiatrie an, oder sie wird zerrissen derart, dass die Psychiatrie die ihr verwandten Bestandtheile anzieht, die Nervenkrankheiten ohne seelische Erkrankung zur inneren Medicin gerechnet werden, oder aber sie wird wirklich selbständig. Die letzte Möglichkeit kann, wie die deutschen Verhältnisse liegen, nur dadurch verwirklicht werden, dass man neurologische Kliniken errichtet. Jetzt führt die Neurologie wirklich ein Scheindasein. Entweder muss man sich der Psychiatrie widmen, die Hälfte seines Lebens dem Anstaltbetriebe opfern und sofern man in eine Anstalt eingeschlossen wird, der Neurologie entsagen. Oder man muss „Innerer" werden, wobei die Hauptkräfte auf nicht-neurologische Gegenstände gerichtet sein müssen und die Möglichkeit ausreichender Vertiefung in die Psychiatrie verloren geht. Oder man verzichtet auf Material wie auf jede sog. Stellung im Leben, und schlägt sich durch, so gut es geht. Würde die Neurologie selbstständig, so würde nicht nur sie selbst im engeren Sinne rascher gedeihen, sondern es würde sich auch eine Durchtränkung des Psychiatrischen mit Medicinischem und umgekehrt ergeben, die die besten Folgen haben würde. Steht aber der Neurologe vor der Frage: entweder Anschluss an die „Innere" oder an die „Psychiatrie", so muss sie letztere wählen.

„Neurologie und Psychiatrie sind nicht mehr zu trennen".

Niemals kann der Neurologe der Psychiatrie entbehren: die Neurosen, die Fragen der Entartung und Vererbung u. a. knüpfen ihn an sie fest. Die Psychiatrie wird immer mehr oder weniger an die Anstalt gebunden sein. Diese ist der feste Punkt, an den die practische Nöthigung sie bindet. Daher ist im Allgemeinen eine Erweiterung der Psychiatrie durch Aufnahme neurologischer Bestandtheile nicht thunlich. Gegenwärtig haben wir einige psychiatrische Kliniken mit neurologischen Abtheilungen. Ihre Schüler kommen später in Irrenanstalten und müssen dann der Neurologie entsagen, oder sie lassen sich irgendwo als Nervenärzte nieder. Entweder sie bekommen nur dürftiges poliklinisches Material, oder sie bürden sich um des Materiales willen irgend etwas auf (Siechenhaus etc.), was ihnen nur Last ist. Auf jeden Fall ist es bis jetzt nicht möglich (wenigstens in Deutschland nicht), dass Jemand sich der Neurologie widmen und seine Kräfte in erspriesslicher Weise wissenschaftlich verwerthen könne. Hier steht der „Innere" im Besitze der Kliniken und der Krankenhäuser, aber ohne Anschluss an die Psychiatrie, dort der Psychiater im Besitze der Irrenanstalten, aber dadurch gänzlich abgeschlossen, zwischen beiden der Nervenarzt mit gutem Willen, aber mittellos.

Die natürlichste Abhilfe wäre vielleicht doch darin zu suchen, dass einerseits an allen Universitäten „psychoneurologische" Kliniken, andererseits in den Städten neurologische Krankenhausabtheilungen (u. A. mit psychiatrischen Beobachtungstationen) gegründet würden. Die Klinik für Psychiatrie und Neurologie würde an ihren Leiter nicht zu grosse Ansprüche stellen, wenn sie ihn auch nöthigte, sich ganz der klinischen Arbeit zu widmen. Die aus ihr hervorgehenden Psychoneurologen würden je nach Neigung und Bedarf entweder zu Irrenärzten, oder zu Neurologen werden, oder sie könnten selbst die Leitung einer Klinik erstreben. Ein Theil der Nervenkranken würde natürlich nach wie vor in die innere Klinik kommen, aber es würde sich dann doch wahrscheinlich eine Spaltung vollziehen, insofern als manche vorwiegend acute Nervenkrankheiten (Lyssa, Tetanus, Cerebrospinalmeningitis u. s. w.) ganz dem Inneren, die Neurosen ganz dem Psychoneurologen zufielen.

Wir waren davon ausgegangen, eine brauchbare Eintheilung der Krankheiten zu suchen. Es hatte sich herausgestellt, dass in der Idee die nach den Ursachen die beste sei. Aber wenn diese sich auch bei der wissenschaftlichen Betrachtung durchführen lässt, so steht ihrer allgemeinen Anwendung die durch practische Bedürfnisse hervorgerufene und gerechtfertigte Trennung der Medicin in einzelne Fächer entgegen. Aus der Abschweifung ins practische Gebiet bringen wir den Begriff der Psychoneurologie zurück. Nun kehrt die Frage nach der Eintheilung wieder und es wäre zu prüfen, ob in dem beschränkten Gebiete die Aetiologie ein theoretisch und practisch brauchbarer Führer sein könne. Dass die Topographie sie hier nicht ersetzen kann, ist wohl klar, denn die alte Eintheilung in Hirn-, Rückenmark- und Aussennerven-Krankheiten wird immer unbrauchbarer. Auch will es noch nicht gelingen, die verschiedenen Psychosen in einzelne Hirnwindungen zu bannen. Dass die Eintheilung nach klinischen Einheiten nur eine Vorstufe der nach den Ursachen ist, wurde oben schon erörtert. Man hört nun oft, das Ideal sei die Eintheilung nach dem anatomischen Befunde, da doch dieser die nächste Ursache der Krankheit darstelle.

Es ist jedoch unzulässig, die anatomischen Veränderungen als Ursache der Krankheit zu bezeichnen. Sie sind vielmehr die Kehrseite der Münze. Sie sind die Krankheit selbst von einem anderen Standpunkte aus. Mit Beziehung auf die einzelnen Symptome kann man natürlich die anatomischen Veränderungen Ursache nennen, aber das geht uns hier nichts an.

Als Grund zur Eintheilung sind die anatomischen Veränderungen unbrauchbar, weil bei manchen Krankheiten keine gefunden werden, weil bei nahe verwandten Krankheiten sie bald da sind, bald fehlen (bei einigen Vergiftungen existirt ein Befund, bei anderen keiner; beim Idioten sind vielleicht Veränderungen des Gehirns da, beim schwachsinnigen Bruder nicht), weil möglicherweise der gleiche anatomische Befund verschiedenen Krankheiten zukommt (Schwund der oberflächlichen Rindenfasern bei progressiver Paralyse und bei Altersblödsinn).

Ursache heisst die Gesammtheit der Bedingungen. Spricht man schlechtweg von einer Ursache, so meint man die conditio sine qua non, weiss aber dabei ganz gut, dass es auch Nebenbedingungen giebt. Dem metasyphilitischen Nervenschwunde (Tabes und progr. Paralyse) z. B. verfällt niemand, der nicht Syphilis gehabt hat. Ob aber der Syphilitische ihm verfällt, das hängt von Nebenbedingungen ab (Erblichkeit, Ueberanstrengung, Erkältung u. s. w.). Nichtsdestoweniger nennen wir mit Recht die Syphilis Ursache der Tabes-Paralyse.

Alle Krankheitbedingungen sind für das Individuum entweder äussere oder innere. Danach zerfallen die erkannten Krankheiten in 2 Klassen, je nachdem ihre conditio sine qua non eine äussere (z. B. Vergiftung, Trauma), oder eine innere (z, B. angeborene Widerstandsunfähigkeit) ist.

Bei den exogenen Krankheiten sind die Ursachen qualitativ verschieden (Alkohol, Blei, Toxine u. s. w.), bei den endogenen giebt es überhaupt nur Eine, die vorhandene Anlage, hier aber erwächst die Verschiedenheit aus der Quantität, aus der Stärke der individuellen Schwäche.

Wenn ich auch zugebe, dass es z. Z. nicht in allen Fällen möglich ist, nach diesen Grundsätzen eine Entscheidung zu treffen, so glaube ich doch, dass weitaus in der grossen Mehrzahl der Fälle es möglich ist und dass wir, je mehr unsere Kenntnisse wachsen, um so leichter und sicherer die Mannigfaltigkeit des Wirklichen in die vorgeschlagenen Gruppen einordnen lernen. Es gilt, womöglich alle Bedingungen zu erkennen, unter ihnen die Hauptbedingung herauszufinden und ihr Verhältniss zu den Nebenbedingungen zu erfassen.

Die exogenen Krankheiten sind coordinirt. So viel und so verschiedene äussere Ursachen den Menschen krank machen können, so viel und so verschiedene Krankheiten wird es geben. Man könnte sie nach 2 Grundsätzen ordnen, einmal nach der Aehnlichkeit des klinischen Bildes, zum andern nach der Verwandtschaft der Ursachen. Im ersteren Falle würde man z. B. alle Krankheitformen zusammenstellen, bei denen geistige Störungen vorkommen, im anderen Falle würde man die Metallvergiftungen, die Toxinvergiftungen u. s. w. zusammenfassen. Thatsächlich findet man beide Methoden in Gebrauch. Manche Lehrbücher der Psychiatrie z. B. besprechen die Fieberdelirien, die acuten Vergiftungen, die geistigen Störungen bei Hirntumoren u. s. w. neben den eigentlichen Psychosen. Doch liegt es auf

der Hand, dass theoretisch und practisch die 2. Methode besser ist. Die erste Methode gehört offenbar in die allgemeine Symptomatologie. Da fragt man, unter welchen Umständen kommen Hallucinationen vor, unter welchen melancholische Verstimmung, Verwirrtheit, Lähmung einer Körperhälfte, Anästhesie u. s. w. In der speciellen Pathologie aber muss auch innerhalb der exogenen Krankheiten das ätiologische Princip herrschen. Die Durchführung dieses Principes wird freilich manche Aenderung mit sich bringen. Jetzt findet man in der speciellen Pathologie z. B. einen Abschnitt über Epilepsie. Da wird gelehrt, die Epilepsie trete bald auf Grund ererbter Anlage auf, bald auf Grund von acuten Hirnerkrankungen während der Kindheit, bald in Folge von Alkohol-Missbrauch u. s. w. Zweckmässig und vernünftig ist eine solche Zusammenschweissung des Verschiedenartigen kaum. Dem einen Kranken kann vielleicht durch eine Trepanation geholfen werden, der andere wird durch Entziehung des Alkohols geheilt und in beiden Fällen soll dieselbe Krankheit bestehen! In Wirklichkeit ist Epilepsie ein Symptomenbild, ein Syndrom, wie die Franzosen sagen, und sie gehört in die allgemeine Symptomatologie. In der speciellen Pathologie kehre sie bei der Schilderung der Degenerescenz, bei der der groben Gehirnkrankheiten, bei der des Alkoholismus u. s. w. wieder, aber ein Kapitel Epilepsie sollte es hier nicht geben. Aehnliche Beispiele giebt es genug. Am meisten in der Psychiatrie. Da giebt es eine Krankheit hallucinatorische Verwirrtheit oder Amentia; die soll bei Entarteten nach beliebigen Anlässen, bei Wöchnerinnen, bei Säufern u. s. w. vorkommen. Auch hier handelt es sich um ein Syndrom, das in der allgemeinen Symptomatologie seinen Platz hat und später beim Irresein der Entarteten (als Form des Délire d'emblée), bei den infectiösen Psychosen, beim Alkoholismus u. s. w. wiederkehrt. Wird auf diese Weise die allgemeine Symptomatologie bereichert, so wird sie auf jeden Fall lehrreicher und lebendiger, als wenn in ihr in scholastischer Weise, wie es früher üblich war, nur von den Störungen des Vorstellens, von den Störungen des Fühlens und von den Störungen des Wollens gesprochen wird.

Bei den exogenen Krankheiten giebt es scharfe Grenzen. Von Uebergängen, von Zwischenformen kann gar keine Rede sein. Eine Bleivergiftung ist eine Bleivergiftung und nichts anderes, ein Mensch leidet an Tabes oder nicht; immer heisst es entweder-oder. Natürlich kann Einer an 2 oder 3 Krankheiten leiden, ein Säufer z. B. kann an Paralyse erkranken. Da aber eine Verschmelzung der Krankheiten nicht stattfindet, hat es keinen Sinn, von gemischten oder zusammengesetzten Formen zu reden, eine Paralysis progressiva alcoholica z. B. ist ein hölzernes Eisen.

Ganz andere Verhältnisse treffen wir bei den endogenen Krankheiten. Dort Nebenordnung ganz verschiedener Arten, hier ein Stufenbau von Gebilden, deren Wesen gleich, deren Grad nur verschieden ist. Dort Unvermengbarkeit, reinliche Scheidung, hier stetige Uebergänge, Unmöglichkeit scharfer Trennung. Der hier herrschende Begriff ist der der Entartung, d. h. der nachtheiligen Abweichung vom Typus. Dass Einer an einer endogenen Krankheit leide, ist nur unter der Voraussetzung möglich, dass er entartet sei. Die Entartung ist die conditio sine qua non. Welcher endogenen Krankheit er verfallen kann, das hängt in der Hauptsache vom Grade der Entartung ab. Freilich ist es denkbar, dass auch die Stärke

und die Zahl der Nebenbedingungen von Einfluss auf die Form der Krankheit seien. In Wirklichkeit aber scheint es höchstens ausnahmeweise so zu sein. Bei geringem Grade der Entartung z. B., sagen wir bei der Anlage zu hysterischen Störungen, werden wahrscheinlich auch die widrigsten Schicksale nicht zu den schweren Formen des Irreseins, die mit Verblödung endigen, führen. Ob dagegen Einer erkranke, das wird bei geringer Entartung wahrscheinlich oft von den Nebenbedingungen abhängen. Bettet ihn das Leben sanft, so kommt er vielleicht ohne merkbare Störungen durch, treffen ihn aber unglückliche Zufälle (Schreck, Noth, exogene Krankheit), so wächst der in ihm schlummernde Keim aus.

Die erste Frage ist die, wie kommt es zur Entartung? Bei freilebenden Thieren giebt es keine Entartung und die wenigen Krankheiten, die bei ihnen vorkommen, sind durchaus exogen. Wahrscheinlich war es bei den Menschen im Anfange auch so. Nun sieht man, dass in der Freiheit kranke Thiere rasch zu Grunde gehen, in vielen Fällen ohne Weiteres von den Genossen getödtet werden. Sie können also keine Nachkommenschaft hinterlassen. Auch dies wird bei den Menschen der Vorzeit nicht anders gewesen sein. Mit dem Wachsthume der Cultur wächst die Möglichkeit, dass die Kranken erhalten bleiben und ihre Art fortpflanzen. Schwache zeugen dann Schwächere und das ist die Entartung. Dazu tritt die Wirkung des wichtigsten Culturgiftes, des Alkohols, der auch dann, wenn er den Menschen nicht geradezu krank macht, die Nachkommenschaft schädigt. So wächst mit der Cultur in gleichem Maasse die Entartung. Durch geschlechtliche Verbindung der Entarteten mit den Gesunden wird zwar die Entartung abgeschwächt, aber immer weiter verbreitet. Andererseits wird, wenn Entartete sich begatten, die Entartung gesteigert und so werden ihre schlimmsten Formen hervorgebracht, bei denen schliesslich die Fähigkeit zur Fortpflanzung aufhört. Alles dieses ist ziemlich einleuchtend, die eigentliche Schwierigkeit scheint mir in dem Verhältnisse der ererbten zur individuellen Entartung zu liegen. Man kann auch von sich selbst erben, hat Lasègue gesagt. Es ist aber doch die Frage, ob das richtig ist. Einen durch exogene Krankheit geschwächten Menschen, z. B. einen Trinker, kann man sicher einen Entarteten nennen und er wird anders reagiren als der Gesunde. Doch gleicht er dem Sohne des Trinkers nicht und es ist auch von vornherein ersichtlich, dass das, was aus einem alkoholvergifteten Keime erwächst, in seiner ab ovo fehlerhaften Bildung sich anders darstellen muss, als das nachträglich Verdorbene. Ich halte es daher nicht für richtig, wenn man, wie es neuerdings manchmal geschieht, die erworbene mit der angeborenen Entartung gleich stellt. Die Foetus-Krankheiten, auf die Manche Gewicht gelegt haben, kommen, nebenbei gesagt, ernstlich nicht in Betracht. Wohl aber glaube ich, dass die erworbene mit der ererbten Entartung Einiges gemein habe und dass hier Uebergänge bestehen, die der klinischen Ordnung grosse Schwierigkeiten machen. Diese Dinge sind wohl hier und da besprochen worden, aber man weiss bis jetzt recht wenig. Vielleicht könnte die klinische Arbeit eher Erfolge erzielen, wenn nicht die ungerechtfertigte Ueberschätzung anatomischer Arbeiten das klinische Studium benachtheiligte, wenn nicht manche Vorstände der Kliniken sich für verpflichtet hielten, die Geschäfte der Anatomen zu besorgen. Vorläufig dürfte

es rathsam sein, bei dem Begriffe der Entartung zuerst an die erbliche oder angeborene Entartung zu denken: dégénéré-héréditaire.

Der klinische Nachweis der Entartung wird auf 2 Wegen geliefert. Einmal, und das ist die Hauptsache, durch die Untersuchung der Person und die Erforschung des früheren Lebens des Kranken selbst, zum andern durch die Familiengeschichte. Gerade hier zeigt es sich, dass der klinische Fortschritt von der Vertiefung in den einzelnen Fall abhängt, nicht von der Massenwirthschaft. Freilich steht der Psychoneurologe insofern im Nachtheile, als ihm die objective Untersuchung des Kranken weniger gewährt als den Vertretern anderer Fächer, als er eigentlich in der Hauptsache auf die Angaben des Patienten und damit auf dessen guten Willen, dessen Verständniss angewiesen ist. Kann oder will der Kranke über sein Inneres keinen Aufschluss geben, weiss er über seine und seiner Familie Vergangenheit nichts, so bleibt unsere Kenntniss sehr unvollständig. Je gebildeter der Kranke ist, um so grösser ist in der Regel der Gewinn, den die Untersuchung liefert. Trotz aller Schwierigkeiten wird jedoch in den meisten Fällen der geübte Untersucher durch die Prüfung des Kranken allein entscheiden, ob dieser ein Entarteter ist oder nicht. Es ist daher nicht richtig, die „Heredität“, d. h. den Nachweis von Krankheitfällen in der Familie einseitig zu betonen.

Wäre aber auch im einzelnen Falle die Kenntniss der Familienverhältnisse zur Noth entbehrlich, so liefert diese doch im Allgemeinen den auf keine andere Weise gleich deutlich zu erbringenden Nachweis von der inneren Verwandtschaft der einzelnen Formen. Wenn wir sehen, wie in derselben Familie bald diese, bald jene Form auftritt, wie sozusagen die eine die andere ersetzen kann, können wir an der Gleichheit ihres Wesens nicht mehr zweifeln. Das Einzelne, so die Beziehungen der gleichartigen zur ungleichartigen Vererbung, die überaus merkwürdige Häufigkeit gleichartiger Vererbung bei bestimmten Formen, diese Dinge können hier nicht besprochen werden.

Mit der Wesensgleichheit der endogenen Krankheiten ist die Unmöglichkeit scharfer Abgrenzung gegeben. Nicht an unserer vorläufigen Unwissenheit liegt es, wenn wir uns oft nicht für einen bestimmten Namen entscheiden können, sondern an der Natur der Dinge. Wo die Natur keine Grenzen setzt, wo zwischen je 2 Zustände sich Zwischenzustände einschieben können, da findet auch die beste Classification ihre Grenze. Freilich können wir der Namen nicht entbehren, immer aber müssen wir uns dessen bewusst bleiben, dass wir eigentlich ein Continuum vor uns haben, dass wir, wenn wir alles fixiren wollten, unendlich viele Namen brauchten und jeder Fall eigentlich eine neue Form ist.

Da wir nun doch eine Ordnung schaffen müssen, finden wir als brauchbaren Grund der Eintheilung nur den Grad der Entartung. Ihren höchsten Grad sehen wir im Idioten. Die Grösse des Abstandes vom Idioten giebt, allgemein gesprochen, dem einzelnen Falle seine Stellung. Man hat 3 grosse Gruppen zu unterscheiden:

1. Die Idioten,
2. Die Schwachsinnigen,
3. Die Instabeln.

Die 3 Gruppe ist die bei weitem wichtigste, sie umfasst zahlreiche Abstufungen, doch ist es schwer, diese mit besonderen Namen zu bezeichnen. Man hat vielfach die oberen Stufen der Leiter als nur „Disponirte“ oder „Belastete“ abgetrennt, doch ist das nicht zutreffend, da auch bei ihnen die genauere Untersuchung Abweichungen von der Norm erkennen lässt und andererseits jeder Entartete ausser dem, was er schon hat, zu mehr disponirt ist.

Alles, was dem Menschen schädlich ist, kann, wenn die Hauptbedingung der Entartung gegeben ist, zur Krankheit führen, aber diese Nebenbedingungen wirken als Anstösse, die Wirkung entspricht nicht ihrer Qualität, sondern der Stärke des Stosses. Die Nebenbedingungen (agents provocateurs) können einander vertreten. Ein Vermögensverlust, ein Sturz aus der Höhe, eine Bleivergiftung und vieles Andere können z. B. bei einem Instabeln mit hysterischer Anlage in gleicher Weise hysterische Zufälle hervorrufen. Familienkummer, eine acute Krankheit, das Klimakterium können bei melancholischer Anlage den gleichen melancholischen Zustand zur Folge haben. Demach ist zu unterscheiden zwischen dem primären Zustande des Entartetnn, der auf keine Weise zu beseitigen ist und gleich bleibt, wenn er sich enicht zum Schlechtern verändert, und dem im Laufe des Lebens für eine beschränkte Zeit oder für immer Hinzutretenden. Die hinzutretenden Symptomencomplexe kann man Syndrome nennen. (Magnan gebraucht das Wort im engeren Sinne nur für die Obsessions, doch kann man darunter auch die états délirants und die Neurosen fassen.) Die Syndrome sind bald die in der speciellen Psychiatrie gewöhnlich als besondere Krankheiten beschriebenen Formen: Manie, Melancholie, Stupor, Verwirrtheit, Paranoia, circuläres Irresein, primäre Demenz u. s. w., bald Bruchstücke dieser, z. B. rasch vorübergehende Aufregungen, vereinzelte Wahnvorstellungen, bald die Zustände der Besessenheit, in denen die Kranken trotz ihrer Einsicht zu einem Denken oder Thun gezwungen werden, bald sogenannte Neurosen: Hysterie, Nervosität, Hypoçhondrie, Epilepsie, Migräne, chronische Chorea, Tics. Der liebevollen klinischen Betrachtung wird es gelingen, diese Formen immer weiter zu vermehren und auszuarbeiten. Sofern nur das Bewusstsein des Zusammenhanges gewahrt wird, ist das Unterscheiden kein Trennen. Die Erfahrung lehrt, dass vielfach das Bild des Syndromes sich ändert je nach der Stufe der Entartung, dass z. B. die Melancholie eine andere ist bei den oberen als bei den unteren Instabeln, wieder anders bei den Schwachsinnigen. Sie lehrt ferner, dass bestimmte Syndrome eine gewisse Höhe der Entwickelung zur Voraussetzung haben, oder, wie man es auch ausdrückt, nur bei einer gewissen Stärke der Belastung vorkommen. Schüle hat dies auf deutscher, Magnan auf französischer Seite im einzelnen durchzuführen gesucht. Vielleicht gelingt es mit der Zeit, eine Art von Rangordnung auszuarbeiten, wenn auch auf diesem Gebiete alle Regeln viele Ausnahmen haben werden. Eine gewisse Schwierigkeit erwächst daraus, dass einzelne Formen die Neigung haben, sich durch gleichartige Vererbung fortzupflanzen, so die Migräne, die chronische Chorea, in geringerem Grade die Hysterie, die Epilepsie, manche Arten der in engerem Sinne als psychische Störungen bezeichneten Syndrome. Eine weitere Schwierigkeit liegt darin, dass neben der grossen Gruppe, in der sich die Entartung vorwiegend durch ein falsches Verhalten der den seelischen Thätigkeiten dienenden Gehirntheile

oder doch vorwiegend durch cerebrale Störungen kundgiebt, eine kleinere Gruppe steht, bei der anderweite Störungen die Hauptsache sind. Da ist (um die wichtigsten Glieder zu nennen) die Dystrophia musc. progressiva, da ist die Friedreich'sche Krankheit, da ist die Myotonia, alles endogene Krankheiten mit vorwiegend gleichartiger Vererbung, die offenbar zu den psychischen Degenerationen in verwandtschaftlicher Beziehung stehen, wie deren Vorkommen (Schwachsinn, Epilepsie u. s. w.) neben ihnen darthut. Das sind freilich dunkle Länder.

Nach alledem meine ich, dass ein Lehrbuch der Psycho-Neurologie etwa folgende Form haben wird. Sein allgemeiner Theil wird eine beträchtliche Ausdehnung haben. Er wird zunächst eine ausführliche Localisationslehre enthalten, in der nach den Erfahrungen am Menschen (nicht an Fröschen, Kaninchen, Hunden) angegeben wird, welche Wirkungen die Beschädigung dieser oder jener Stelle im Nervensystem hat. Nicht nur die Folgen, welche Läsionen im Gehirn und Rückenmarke haben, sondern auch die bei den einzelnen Nerven müssen beschrieben werden. In die Localisationslehre lässt sich die pathologische Topographie mit Leichtigkeit einarbeiten.

Die Symptomatologie hat nicht nur die einfachen Symptome, sondern auch die zusammengesetzten, die Syndrome zu behandeln, soweit sie nicht ausschliesslich bei einer bestimmten Krankheitgruppe vorkommen. Unter den Gehirnsymptomen z B. sind der apoplectische Insult, die epileptischen Zufälle, die Katalepsie, die Menière'sche Krankheit u. s. w. abzuhandele. Bei den seelischen Symptomen werden nicht nur die krankhaften Affectn, die Sinnestäuschungen, die Wahnvorstellungen u. s. w. besprochen, sondern auch die Melancholie und die Manie, die Delirien, die einfache und die hallucinatorische Verwirrtheit, die Hypochondrie, der Verfolgungwahn, der Grössenwahn u. s. f.

Es ergiebt sich also, dass alles, was noch nicht die Stufe der klinischen Einheit erreicht hat, in die allgemeine Pathologie zu verweisen ist. Die specielle Pathologie enthält nur klinische Einheiten, die, soweit ihre Ursache erkannt ist, nach dieser sich ordnen, während die ohne sichere Aetiologie sich neben den klinisch verwandten Bildern sammeln und ihrer Erhöhung warten. Niemandem wird es ernstlich zweifelhaft sein, dass z. B. die multiple Sclerose sowie die amyotrophische Lateralsclerose und ihre Nebenformen im Anschlusse an die toxischen Krankheiten zu besprechen sind. Hält man aber ein solches Verfahren für voreilig, so kann man diese Krankheiten einfach mit denen zusammenstellen, deren Ursache noch ganz unbekannt ist, z. B. der Paralysis agitans. Sollte gar jemand an der exogenen Art dieser Krankheiten zweifeln, so könnte er sie zwischen exogenen und endogenen Krankheiten schildern. Ueberhaupt kommt auf die Ausführung im Einzelnen wenig an, wichtig ist nur die Anerkennung des Principes. Nur in diesem Sinne gebe ich den folgenden Umriss der speciellen Psychoneurologie. *)

*) Eine analoge Skizze habe ich schon 1890 im Anschlusse an die Ausführungen Marandon de Montyel's, die ich zu vergleichen bitte, entworfen (Schmidt's Jahrbb. CCXXVI. p. 173. 1890).

A. Exogene Krankheiten.

- 1) durch Gifte.
  - a) Toxine.
    - aa) Eigentliche Infectionen — Beispiele:
      - Die Tuberkulose des Nervensystems (Meningitis, Tumor, Neuritis, Psychosis u. s. w.)
      - Syphilis des Nervensystems (Meningitis, Gummi).
      - Eitervergiftungen (eitrige Meningitis u. Abscess).
      - Puerperale Erkrankungen.
      - Poliomyelitis acuta.
      - Tetanus.
      - Tetanie.
      - Chorea Sydenhamii.
    - bb) Nachkrankheiten nach Infectionen.
      - Diphtherische und ähnliche Lähmungen.
      - Tabes und progr. Paralyse.
  - b) Gifte im eng. Sinne.
    - Alkoholismus.
    - Saturnismus.
- 2) durch Mechanische Einwirkung.
  - Blutung und Gefässverschluss.
  - Trauma im engeren Sinne.
  - Tumoren.
- 3) durch Ueberreizung.
  - Nervenschwäche.*)
  - Beschäftigungsneurosen.
- 4) Anderweite Formen.

B. Endogene Krankheiten.

Grade der Entartung.	Syndrome.
Instabilität.	Hysterie und andere Neurosen.
	Melancholie. Manie. Paranoia.
Schwachsinn.	Die intermittirenden Formen. Das Irresein der Entarteten im engeren Sinne. Primäre Demenz.
Blödsinn.	Dystrophia muscul. progr. Myotonia. Friedreich's Krankheit u. s. w.

Wollte man einwerfen, dass eine solche Eintheilung zu unbequem, zu wenig übersichtlich, zu schwierig besonders für den Lernenden wäre, so möchte ich das nicht ohne Weiteres gelten lassen. Zugegeben, dass die üblichen unlogischen Eintheilungen bequemer seien, so bleibt doch zu bedenken, ob das die Hauptsache sein darf. Wenn sich scheinbar alles schön fügt und alles im „Systeme" scheinbar an seinem Orte untergebracht wird, so nutzt das wenig, wenn dabei das innerlich Zusammengehörende ausein-

*) Ich glaube in der That, dass man die eigentliche Neurasthenie, d. i. chronische Ermüdung, von den Neurosen der Entarteten, auch von der Nervosität dieser trennen muss.

ander gerissen wird und das Verständniss des Zusammenhanges erschwert oder unmöglich gemacht wird. Das Ziel des Unterrichtes kann doch nicht das sein, dass Einer ohne allzugrosse Schwierigkeiten den Inhalt des Lehrbuches seinem Gedächtnisse einpräge, vielmehr wollen wir, dass er das Vorgetragene selbstdenkend sich aneigene und lerne, worauf es ankommt. Geradezu empörend ist es, in welch' geistloser Weise jetzt manchmal verfahren wird. Ich habe neulich eine Arbeit gelesen, in der alle möglichen Fälle von „Ophthalmoplegie“ statistisch verarbeitet wurden, ob sie bei Männern oder Weibern häufiger sei, in welchem Lebensalter sie vorkomme u. s. f. Solcher Unsinn ist nur möglich, weil den Schülern die Krankheitnamen in einer Reihe vorgeführt werden, gleichgiltig, ob sie ätiologische Einheiten oder nur Syndrome bezeichnen. Unsere ätiologische Eintheilung ist unvollständig, weil unsere Wissenschaft unvollständig ist. Der Schüler tritt sozus. in eine Werkstatt, wo er neben fertigen Bildsäulen halbbehauene und unbehauene Blöcke findet. Da lernt er mitarbeiten, denn er sieht, wie die Sachen entstehen. Durch das Princip der Eintheilung wird ihm das 1. Ziel der klinischen Arbeit vorgehalten: Die Erkenntniss der Ursachen der Krankheiten.

II.

Psychische Epidemie, Hysterie und Hypnotismus.

Von Prof. Rieger.

Mein Freund, Oberamtsarzt Dr. Palmer in Biberach im württembergischen Oberschwaben, hat auf meine Bitte mir nachstehende psychiatrisch interessante Mittheilung aus seiner Praxis übersandt, die mir ganz speciell wichtig war, weil ich vor fünf Jahren in meinem Aufsatz: Einige irrenärztliche Bemerkungen über die strafrechtliche Bedeutung des sogenannten Hypnotismus *) behauptet habe: wenn viele Menschen an einem Ort zu hypnotisiren versucht werden und sich dabei viele als hypnotisirbar erweisen, so sei darauf der Begriff einer „psychischen Epidemie“ anzuwenden. Es hat mich nun sehr gefreut, eine so unmittelbare Beschreibung zu bekommen von einer nicht durch hypnotisirende Proceduren absichtlich hervorgerufenen, sondern unabsichtlich entstandenen psychischen Epidemie. Ich werde mir erlauben, unten noch einige Bemerkungen daran zu knüpfen; vorher lasse ich aber Dr. Palmer's Mittheilung im Zusammenhang folgen, der er selbst den Titel gegeben hat:

Eine psychische Seuche in der obersten Klasse einer Mädchenschule.

Von Oberamtsarzt Dr. Palmer in Biberach.

In der kath. Mädchen-Volksschule in Biberach erkrankten im Jahre 1891 auffallend rasch hintereinander 13 Mädchen im Alter von 11 bis

*) Zeitschr. f. d. ges. Strafrechtswissenschaft Bd. VIII. S. 315 ff.

13 Jahren an Nervenzufällen, die unter sich die grösste Aehnlichkeit hatten. Die folgenden Zeilen sollen die gesammten Erfahrungen über diese Zustände darstellen.

Nr. 1. 12 Jahr alt war von jeher ein blutarmes Mädchen, hat sich aber trotzdem körperlich kräftig entwickelt. Im Laufe des Jahres 1890 musste sie wegen Uebelkeit den Gottesdienst häufig verlassen. Ausserdem hatte sie oft, besonders auch in der Schule über Kopfweh, Müdigkeit, Herzklopfen und Bauchschmerzen zu klagen. Im Juni 1891 fiel einmal in der Kirche in ihrer Bank ein Fräulein in Ohnmacht und bekam Krämpfe. Sie erschrack bei dieser Wahrnehmung heftig. Als es ihr nun einige Zeit nachher auch wieder einmal übel wurde, fühlte sie, dass ihr Wille über ihre Glieder nicht mehr Herr wurde, und war an den Beinen wie gelähmt. Nach kurzer Zeit konnte sie aber ihre Glieder wieder gut gebrauchen und nach Hause gehen. Als sich aber später in der Kirche wieder einmal die Uebelkeit einstellte, verfiel sie sofort in einen langdauernden Zustand von Bewusstlosigkeit. Die Anwesenden bezeichneten sie als eine im tiefen Schlaf bewegungslos Daliegende. Nach dem Erwachen rieb sich das Mädchen die Augen aus, sah überrascht um sich und ging ohne üble Folgen weiter. Sie hatte durchaus keine Erinnerung für die Zeit ihres Schlafes. Nunmehr wiederholte sich der eben beschriebene Zustand in ganz derselben Weise vielfältig. In der Schule, in der Kirche, zu Hause wurde das Mädchen von ihrem eigenthümlichen Schlafzustand befallen, ohne dass man in den einzelnen Fällen eine übereinstimmende Ursache feststellen konnte. Nur das stand fest, dass die Anfälle anfangs am Liebsten in der Kirche und Schule kamen. Als sie eines Tages erfuhr, dass eine ihrer Freundinnen, welche ebenfalls diese Anfälle zeigte und von der ich später sprechen werde, in den Anfällen mit Händen und Füssen zucke; dass diese in den Anfällen spreche, weine und lache; dass sie weiter während der Anfälle im Haus herum ihre Angehörigen suche und vor dem Eintritt der Anfälle heftiges Aufstossen habe, bekam sie ebenfalls bald darauf diese Erscheinungen in grösserem oder geringerem Umfange. Als ich einmal das Mädchen zur Untersuchung in meinem Zimmer sich niedersetzen hiess und ihr eindringlich zusprach, den Anfall vor meinen Augen zu bekommen, lag sie nach wenigen Minuten tief schlafend da. In diesem Zustand sah sie etwas blass aus, die Athmung war tiefer und rascher als sonst, der Puls war sehr schwach, die Pupille reagirte gut, und die Augen waren geschlossen. Das Einstechen einer Nadel, das Rütteln und Schütteln der ganzen Person, das Blasen ins Angesicht machte keinen Eindruck. Sie liess sich von mir durchaus nicht befehlen weder im selbstauftretenden Anfall noch in dem von mir provocirten. Als ich das Mädchen aufheben wollte, wurde es steif wie ein Brett, so dass ich sie am Nacken unterstützt durch das Zimmer tragen konnte. Später stellten sich ganz unmotivirt schleudernde Bewegungen sämmtlicher Gliedmassen ein. Auf Fragen gab sie hie und da Antworten und faselte alles mögliche durcheinander. Endlich erwachte das Mädchen zufällig, sah erstaunt um sich her und lächelte. Die Anfälle dauern zur Zeit noch fort. Während eines mehrwöchentlichen Aufenthaltes in Wörishofen verschwanden sie beinahe, traten aber sofort wieder auf, als das Mädchen nach Biberach zurückkehrte.

Nr. 2. 12½ Jahr alt war im Jahr 1891 häufig krank und wurde mir von ihrem Arzte als sehr nervös geschildert. Ihr wurde es in der Kirche auch häufig übel. Sie sah Nr. 1 oft in den Schlafzustand verfallen und begleitete sie einigemale nach Hause. Als sie wieder einmal Ende August 1891 wegen Uebelkeit die Kirche verliess, fühlte sie eine eigenthümliche Schwäche in ihren Gliedern und schleppte sich mit Mühe nach Hause. Im Hausgang angekommen sank sie langsam zu Boden und blieb schlafend dort liegen. Von nun an traten diese Zustände auch bei ihr in der Kirche, in der Schule, auf der Strasse und zu Hause häufig auf. Sie erzählt, dass ihr jedesmal vor dem Anfall übel werde, dass sie Herzklopfen, Schwindel, Bauchweh bekomme, und dass ihr im letzten Augenblick ein Knäuel aus dem Unterleib gegen den Hals heraufsteige. Ich habe das Mädchen im Anfall häufig gesehen und mich überzeugt, dass sie wie eine normal Schlafende dalag. Wenn ich ihr im Anfall Befehle ertheilte, so führte sie diese prompt aus. Sie kniete z. B. nieder, faltete die Hände, machte eine geöffnete Thüre zu u. s. w. Durch Anblasen wurde sie sofort wach. Gegen Ende des Jahres 1891 waren ihre Anfälle beinahe ganz verschwunden. Da ging sie ohne mein Wissen zu einem Leichenbegängniss, und sofort traten die Anfälle wieder auf. Ich brachte sie durch Zureden wieder einmal in ihren Schlafzustand und sagte ihr nun, sie dürfte jetzt den Anfall nicht mehr bekommen. Vorerst blieb sie frei von demselben und ist es heute noch.

Nr. 3. 12½ Jahr alt ist für ihr Alter ein sehr kräftig entwickeltes Mädchen. Sie behauptete öfters Kopfweh gehabt zu haben und erzählt, dass es ihr in der Kirche hie und da schlecht geworden sei. Sie hat Nr. 1 häufig nach Hause geführt und oft im Anfall gesehen. Am 25. October 1891 bekam sie nun im Anschlusse an plötzliche Bauchschmerzen, an Kopfweh und Herzklopfen einen langandauernden Zustand von Bewusstlosigkeit. Vor den Bauchschmerzen hatte sie etwa eine halbe Stunde lang starkes Aufstossen. Nach diesem Anfall traten die folgenden wie bei den beiden vorhin beschriebenen Fällen unter allen möglichen Umständen auf, und immer lag sie ruhig schlafend da. Ich konnte sie durch mein Zureden leicht in ihren Zustand bringen. Im Zustand selbst war sie jedem Befehl unzugänglich und konnte nur schwer erweckt werden. Diesen Character hatten die Anfälle bis zum Neujahr 1892. Eine Freundin von ihr, die später zu besprechende Nr. 8, litt zu jener Zeit an eben diesen Zuständen, aber diese hatte auch Krämpfe dabei. Da im Hause von Nr. 3 ein Bruder von Nr. 8 beschäftigt war und man häufig von den Krampfanfällen sprach, so erhielt Nr. 3 ebenfalls Nachricht von denselben. Trotz aller Gegenmassregeln kam es auch hie und da vor, dass Nr. 3 und Nr. 8 mit einander zusammenkamen. Als Nr. 3 nun einmal wieder in ihren Schlafzustand verfiel, fing sie plötzlich an mit furchtbarer Wuth schleudernde und stossende Bewegungen mit allen Gliedmassen zu machen. Dazwischen hinein wurde sie steif am ganzen Leib, rollte sich auf wie zu einem Rad und verzerrte das Gesicht, welches Angst, Wuth, Lust und Vergnügen abwechselnd darstellte. Sie fing an zu sprechen, zu jammern, zu schimpfen und zu toben. Sie delirirte über das Leichenbegängniss ihrer Mutter, die doch lebend neben

ihr sass. Nach dem Erwachen sah sie etwas verlegen aus, wusste nichts von dem Vorgefallenen und besorgte sofort die ihr aufgetragenen Geschäfte.

Nr. 4. $13^1/_2$ Jahr alt ist ein sehr bleichsüchtiges Mädchen, der es in der Kirche und Schule oft übel wurde. Auch sie hat Nr. 1, Nr. 2 und Nr. 3 öfter in ihren Anfällen gesehen. Am 28. October 1891 bekam sie in der Schule eine Uebelkeit, und kurz nachher sank sie in ihrer Bank schlafend um. Sie blieb einige Tage aus der Schule weg, als sie aber wieder kam, verfiel sie wiederum in denselben Zustand. Ich konnte durch Einreden bei ihr den Zustand ganz leicht hervorrufen. Ob der Zustand künstlich oder von selbst auftrat; immer lag sie tief schlafend da, war zur Ausführung von Befehlen bereit und konnte durch Anblasen leicht erweckt werden. Sie bekam in der Folge keinen Anfall mehr. — Bis zum 19. November 1891 waren es nur die eben beschriebenen vier Mädchen, welche die Anfälle bekamen. Dieser 19. November ist aber ein wahrer Schreckenstag für die Mädchenschule geworden, denn an ihm verfielen in rascher Folge noch 9 in den Schlafzustand.

Nr. 5. 12 Jahr alt erschrak an den dem 19. November vorhergehenden Tagen sehr über die Anfälle ihrer Schulgenossinnen. Sie ist ein zartes, bleichsüchtiges Mädchen, das oft aus der Schule und Kirche gehen musste, weil es ihr übel wurde. An jenem 19. November wurde es ihr morgens plötzlich wieder übel in der Schule, sie bekam Bauchschmerzen und Kopfweh und sank zum Schlusse bewusstlos nieder. Das Mädchen bekam nur noch einen Anfall von selbst in einem sehr heissen mit Menschen überfüllten Zimmer. Auch bei ihr konnte ich durch Einreden den Anfall hervorrufen. Sie verhielt sich in Allem wie Nr. 2. Am Nachmittag des 19. November traten schnell nacheinander noch bei 7 Mädchen derselben Klasse die Anfälle auf. Ein Mädchen aus einer anderen Klasse stammend sah im Vorübergehen im Schulhausgang eine Bewusstlose daliegen und hatte eine Stunde später dieselbe Affection. Zuerst kam Nr. 6, 13 Jahr alt, an die Reihe. Sie war morgens an Nr. 5 erschrocken und sagte zu ihrer Mutter beim Mittagessen, wenn sie nur nicht auch in der Schule umfalle. Kaum war sie Nachmittags eine halbe Stunde in der Schule, so wurde es ihr schlecht, und der Anfall trat ein. Er dauerte nur kurze Zeit und kam nie mehr wieder. Vor dem Anfalle hatte auch dieses Mädchen häufig über Kopfweh und Müdigkeit zu klagen. Ich redete ihr später einmal einen Anfall ein, und in diesem machte ich die gleichen Beobachtungen wie bei Nr. 2, 4 und 5. Nun kommen schnell hintereinander Nr. 7, 13 Jahr alt, Nr. 8, 12 Jahr alt, Nr. 9, $12^1/_2$ Jahr alt, Nr. 10, 13 Jahr alt, Nr. 11, $13^1/_2$ Jahr alt, Nr. 12, 13 Jahr alt und endlich Nr. 13, 11 Jahr alt, welch letztere einer andern Mädchenklasse angehörte.

Diese Mädchen waren alle in ihrer Gesundheit mehr oder weniger beschädigt. Sie klagten schon längere Zeit vor Eintritt des Anfalls über Unbehagen aller Art und gaben einstimmig an, dass sie durch die Zustände der anderen in Schrecken versetzt worden seien. Ausser Nr. 8 legten sie so ziemlich dieselben Erscheinungen an den Tag wie Nr. 2, Nr. 4 und Nr. 5. Von Nr. 12 muss erzählt werden, dass sie anfangs wie Nr. 1 nur eine Art Lähmung der Beine verspürte. Später kam es aber auch bei ihr zu totalem Aufhören der Bewusstseinsthätigkeit. Es ist weiter zu sagen, dass Nr. 7

und Nr. 9 nie mehr von selbst einen Anfall bekamen, dass sich aber bei Nr. 10, 11, 12 und 13 die Bewusstseinsstörungen noch etlichemale ohne bestimmte Ursache wiederholten. Nr. 8 bildet eine Ausnahme. Bei ihr traten die Anfälle sehr häufig auf, und bei ihr zeigten sie erstmals den Character wie er bei Nr. 1 und Nr. 2 zum Schluss oben beschrieben wurde. Nr. 8 wohnt als Tochter des Spitalhausmeisters im Hospital selbst, und es ist erwiesen, dass gerade dort viel davon gesprochen wurde, ob man die Anfälle nicht als Epilepsie betrachten müsse.

Den nunmehr dargelegten Krankengeschichten lässt sich entnehmen, dass die 13 Mädchen Erscheinungen hatten, welche allesammt beim ersten Eintritt die grösste Aehnlichkeit unter sich zeigten und zu Anfang als ein tiefer, allerdings auf ungewöhnliche Art entstandener Schlaf imponirten. Dieser Schlaf wäre aber insofern sehr unnatürlich gewesen, als die Mädchen nach meinen vielfach wiederholten Experimenten in ihrem Zustand auf Nadelstiche, auf Kitzeln u. s. w. keineswegs reagirten, was doch Schlafende jedenfalls in ihrer grossen Mehrzahl für gewöhnlich thun, und dass sie sich andererseits mit wenig Ausnahmen zu Thätigkeiten durch Einreden bewegen liessen, wie es im Schlaf in dem Umfang nicht beobachtet wird. Auch das Erwecken verhält sich bei gewöhnlichem Schlaf ganz ander . Während die Mädchen durch Schütteln und Herumzerren auf dem Boden, durch Anrufen keineswegs aufwachten, wurden viele derselben durch einfaches Anblasen erweckt und lächelten im Moment des Erwachens selbst über ihre tragikomische Rolle. Einige derselben liessen sich in bestimmten Phasen des Anfalls durch keine Mittel erwecken, was wiederum für gewöhnlich auch, Tiefschlafenden nicht eigenthümlich ist.

Von den Erscheinungen, welche bei einigen der Mädchen nach Häufung der Anfälle eintraten, müsste ich hier vollends absehen, wenn ich eine Uebereinstimmung mit dem gewöhnlichen Schlaf behaupten wollte. Nun gibt es aber einen andern Zustand veränderten seelischen Wesens, welcher den Anfällen der 13 Mädchen sehr nahe kommt. Ich meine den durch Einreden eines Dritten künstlich hervorgerufenen Schlafzustand, die sogenannte Hypnose. Wenn man jemanden durch Einreden (durch Suggestion) in Schlaf versetzt kann man diesen Schlafenden alle möglichen Befehle ausführen lassen. Die letztere Erfahrung stimmt bei den meisten der Mädchen. Sie wurden ja in ihrem Schlafzustand durch die Befehle des Arztes zu Handlungen veranlasst. Allein der grosse Unterschied zwischen dem Schlaf der Mädchen und dem eines Hypnotisirten besteht darin, dass die Mädchen ohne Dazwischentreten eines Dritten ihren Schlafzustand bekommen. Wo hat man von zuvor ganz gesunden Menschen gehört, dass sie ohne Zuthun eines Dritten und ohne jemals ehedem hypnotisirt worden zu sein frischweg in Hypnose verfallen sind? Wo wurde ferner beobachtet, dass bei gesunden Menschen solche selbsständigen Hypnosen auftraten und dass sich ganz unerwartet zu denselben und ohne Einreden eines Dritten Bewegungen aller Art gesellten? Ein Hypnotisirter liegt ganz ruhig da und schläft. Aeusserungen irgend welcher Art werden nur durch Befehle eines Dritten ausgelöst. Es ist natürlich nicht zu bezweifeln, dass der Zustand dieser Mädchen sowohl mit dem gewöhnlichen, als mit dem durch Suggestion eines Dritten erzeugten Schlaf (mit der Hypnose) eine gewisse Verwandtschaft

zeigt. Dies ist aber nicht merkwürdig, denn die Natur macht keine Sprünge. Ueberall berühren sich in wunderbarer Weise die Uebergänge. Wenn man die Krankengeschichten der Mädchen liest, so tritt immer wieder die überraschende Thatsache vor Augen, dass die Mädchen von den Anfällen befallen wurden auf eine Art, die man sonst nur bei ansteckenden körperlichen Erkrankungen findet. Da eine Uebertragung eines greifbaren Stoffes ausgeschlossen ist, so muss man das Kontagium nicht auf dem körperlichen sondern auf dem geistigen Gebiet suchen und demnach von einem psychischen Contagium sprechen. Man muss annehmen, dass der Eindruck und die Wahrnehmung eines Anfalls bei den zuschauenden Mädchen eine Art Nachahmung des Anfalls ohne jede Betheiligung des Selbstbewusstseins hervorruft. Weiter lehrt aber das Studium der Krankengeschichten noch, dass diese Nachahmung durchaus nicht Jedermanns Sache ist; dass im Gegentheil nur ein Bruchtheil der ganzen Klasse die Anfälle bekam und dass der Eintritt der Anfälle wesentlich an Störungen des körperlichen Wohlbefindens gebunden war. Dass gerade in dieser Klasse so viele Mädchen disponirt waren, hängt mit der entschieden auffallend grossen Anzahl von Blutarmen und Bleisüchtigen eben in dieser Klasse zusammen. Wir werden auch noch hören, dass eine grosse Anzahl von Schülerinnen aus dieser Klasse durch einen älteren Wüstling geschlechtlich erregt wurde, und es ist nicht zu bezweifeln, dass diese unsittlichen Reden, Berührungen und Bilder die Phantasie der Mädchen irre geleitet haben. Wenn auch nur vier von den 13 Mädchen in directen Verkehr mit jenem Sünder traten und etwa 14 andere Mädchen, ohne die Anfälle zu bekommen, mit ihm verkehrten, so wird trotzdem manchmal die Unterhaltung der Mädchen auf das geschlechtliche Gebiet übergegangen sein. In besonders hohem Grade traten die nervösen Erscheinungen bei den 3 Mädchen auf, welche abgesehen von ihrer mehr oder weniger gestörten Gesundheit eine sehr ausgesprochene und frühreife Körperentwickelung erkennen liessen. Ich hole hier nach, dass keines der 13 Mädchen die Periode schon hatte und dass sich die Frühreife mehr auf die Entwickelung der Brüste und des übrigen Körpers bezieht.

Zur Erklärung der psychischen Seuche kann man Erfahrungen aus dem alltäglichen Leben herbeiziehen und wiederum sich überzeugen, dass zwischen Normalität und Abnormität mancherlei Uebergänge vorhanden sind. Man weiss, dass, wenn jemand in einer Gesellschaft gähnt, die anderen es oft auch gegen ihren Willen nachahmen müssen. Korrespondirende Erscheinungen trifft man, wenn einer die Uhr herauszieht u. s. w. Ferner ist es eine alte und durch reichliche Erfahrungen erhärtete Thatsache, dass Leute, besonders Mädchen mit schwachem Nervensystem, einen Nervenzufall, den sie gelegentlich beobachten, früher oder später an sich selbst erleben. Diese Erscheinungen bei nervenschwachen Personen sind in ihrem Entstehungsmechanismus bekannt. Man sagt, diese Personen seien zum Selbsteinreden (zu Autosuggestionen) sehr disponirt. Beim Selbsteinreden können nämlich Wahrnehmungen, Vorstellungen und Gefühle, welche der zum Selbsteinreden disponirte Mensch erlebt hat, ganz unbewusst für den betreffenden Menschen gewisse Wirkungen früher oder später im Nervensystem erzeugen. Diese Vorstellungen, Wahrnehmungen und Gefühle wirken in solchen Fällen ganz ähnlich, als ob dieselben von einem Hypnotiseur dem betreffenden

Menschen in Gestalt von Befehlen ertheilt worden wären. Mit anderen Worten: wenn ein zum Selbsteinreden disponirtes Individuum jemanden wahrnimmt, der unmotivirt in einen Schlaf verfällt, so kann diese Wahrnehmung sofort oder nach beliebiger Zeit ebenso gebieterisch den Schlaf des betreffenden Individuums erzeugen, wie die Worte des Hypnotiseurs: Sie müssen schlafen. Der in den Schlaf Gebrachte ist daher Hypnotiseur und Hypnotisirter in einer Person. Den Zusammenhang der Wahrnehmung des Schlafs mit dem Eintritt des Schlafes weiss der betreffende Mensch nicht zu erzählen, er vergisst ihn entweder oder der Zusammenhang kam nie in normalem Bewusstsein zur Geltung. Man hat hier eine Thätigkeit des Gehirnes, welche unterhalb der Schwelle des Bewusstseins abläuft. Wenn also beim gewöhnlichen Menschen durch Nachahmung oder, wie ich jetzt sage, durch Autosuggestion eine einfache Bewegung wie das Gähnen erzeugt wird, so ruft beim Nervenschwachen unter bestimmten äusseren Verhältnissen, von denen in den Krankengeschichten viele aufgezeichnet sind, die gleichsam entfesselte Autosuggestion komplicirte Zustände hervor. Ebenso wie Wahrnehmungen wirken auch Erzählungen und Bilder. Während des durch Selbsteinreden erzeugten Schlafes können nun aber auch Wahrnehmungen und Vorstellungen aus der wachen Zeit bei dem nunmehr Schlafenden ihre Wirkung thun, ohne dass der nachher Erwachte eine Erinnerung davon behält oder im Zusammenhang wahrnimmt. Wenn ein anderer in seinem Anfall z. B. Krämpfe bekam, der Disponirte aber solches hört oder sieht, so können diese in gelungener oder karrikirter Nachahmung bei dem Disponirten selbst auch auftreten. Wer einmal auf die beschriebene Weise Nervenzufälle durchgemacht hat, für diesen ist jede Gelegenheit günstig einen Rückfall zu erleben. Die Zustände treten gleichsam spontan auf, aber in Wahrheit wird man eben den richtigen Grund nicht ausfindig machen.

Wenn man diese Auseinandersetzungen auf die obigen Krankengeschichten anwendet, so überrascht die grosse Uebereinstimmung. Es handelt sich um dreizehn mehr oder weniger blutarme Kinder, deren Nervensystem durch diese Blutarmut geschwächt war. Sie sehen ihre Gespielinnen in einen tiefen Schlafzustand verfallen, und über kurz oder lang ergreift sie das gleiche Schicksal. Einzelne der Mädchen und zwar gerade die am meisten von den Zufällen Angegriffenen hören, dass die anderen im Anfall Krämpfe bekommen, Unterhaltungen beginnen, im Zimmer herumspazieren; und siehe da sie machen es das nächstemal auch so. Nr. 3 erfährt, dass Nr. 8 im Anfall Krämpfe bekommt; sofort hat sie auch solche. Anfangs trat der Anfall bei einzelnen Mädchen nicht so leicht und prompt auf. Sie wehrten sich so zu sagen gegen diese Fremdherrschaft in ihrem Nervensystem. Wir hören von Nr. 1 und 2, dass sie eine zeitlang Widerstand leisteten. Nr. 1 wurde nur zum Gehen unfähig, das Bewusstsein verlor sie das erstemal nicht. Diese Erscheinung liess sich auch bei Nr. 12 constatiren. Später traten die Anfälle bei den damit Behafteten unter den verschiedensten Umständen auf. Doch spielen meist erklärbare Ursachen eine Rolle. Die Erinnerungen an den Anfall und das Bild des Anfalls selbst wird durch den Anblick der Freundin hervorgerufen. Nr. 8 bekam ihre Anfälle nach langer Pause wieder, als sie Nr. 3 beim Schlittschuhlaufen sah. Nr. 1 war 6 Wochen in Wörishofen und bekam den

Anfall längere Zeit nicht mehr. Nach Biberach zurückgekehrt bekam sie die Anfälle sofort wieder, als sie mit den kranken Mädchen Umgang pflog. Am ehesten traten die Rückfälle dann ein, wenn die Mädchen in Localen mit schlechter Luft sich befanden oder an Plätzen sich aufhielten, wo viele Menschen verkehrten, also in Schule und Kirche. Hier kam es oft zu jenen eigenthümlichen Uebelkeiten, welche die Bewusstseinsstörungen einleiteten. Nach dem Gesagten beruhen die Bewusstseinsstörungen der dreizehn Mädchen also auf Autosuggestionen und sind bedingt durch ein infolge Blutarmuth und Bleichsucht geschwächtes Nervensystem.

(Schluss im nächsten Heft.)

II. Referate und Kritiken.

---

237) **D. Robertson Dobie,** Case of Aphasia.

(The Lancet, 9. Januar 1892 pg. 85.)

D. theilt die Beobachtung einer 50jährigen Frau mit, welche plötzlich m Januar 1883 die Sprache vollständig verlor, ohne dass eine Lähmung neben her ging. Sie kann lesen, aber ihre Gedanken nicht durch Schreiben mittheilen! Sie konnte nur ta-ta und tut-tut sagen von 1883 bis 1891 und machte sich durch Zeichen und Gesten verständlich. Am 31. October 1891 hatte sie eine heftige Gemüthsaufregung durch ihre Tochter. Darauf spürte sie heftige Kopfschmerzen und kurz darnach konnte sie vollkommen sprechen, wie in ihrem früheren Leben. [Ueber das Bestehen etwaiger hysterischer Stigmata sagt der Verf. nichts. Ref.] Wichmann.

---

238) **Charcot et Dutil:** Sur un cas de paralysie générale progressive à début très précoce (paralysie générale juvénile).

(Arch. de Neurologie 1892. März.)

Es handelt sich um einen Knaben von 16 Jahren, welcher seit 2 Jahren krank ist. Von mütterlicher Seite bestand keine Heredität, dagegen war der Vater Potator, ein Vetter zeitweise geistesgestört. Die Entwicklung des Knaben, auch die geistige, war gut. Im 14. Jahr kam er in ein Geschäft, aber schon nach einem Monat machten sich Ercheinungen geistiger Schwäche bemerkbar. Man konnte ihm nur leichte Aufträge geben. Ein halbes Jahr später trat ein Anfall auf, nach welchem kurze Zeit eine Störung der Sprache und des rechten Beins bestand. $1^1/_2$ Jahr später war er geistig ganz schwach geworden, unsauber, sah jetzt für sein Alter entschieden zu wenig entwickelt aus. Es bestand deutliche paralytische Sprach-, Lese- und Schreibstörung, Pupillendifferenz, Lichstarre der Pupillen, zeitweise Formikationen in den Gliedern, (épilepsie sensitive). Zeichen hereditärer Lues fehlten, desgl. waren andere Infectionskrankheiten nicht vorausgegangen. Als einziges ätiologisches Moment war die Heredität vorhanden.

Paralysen unter 20 Jahren haben die Verf. bis jetzt 20 in der Litteratur gefunden. Die Merkmale dieser juvenilen Form sind: In der Zeit der Pubertät zwischen dem 12. und 16. Lebensjahr treten gewöhnlich die ersten Erscheinungen auf. Die Entwicklung des Patienten war sonst meistens gut. Zuerst erscheinen gewöhnlich psychische Symptome, Schwächeerscheinungen. Auf körperlichem Gebiet bleibt die Entwicklung zurück und es treten die Erscheinungen der Paralyse auf. Die Dauer der Krankheit beträgt 2—5 Jahre. In 4 Fällen wurde bei der Section Periencephalitis gefunden. Aetiologisch fehlt meist Alcoholismus, Trauma, sexuelle Excesse, Ueberanstrengung. Vor allem ist die Heredität, weniger die Lues wichtig für die Entstehung des Leidens. Otto.

---

239) **G. Vassale** (Reggio): Sullo stato cribroso del cervello.
(Riv. sperim. di freniatria Bd. 17 H. 4 1891.)

V. hat an mehreren Gehirnen von Paralytikern und Dementen genauere Untersuchungen über den sog. état criblé angestellt. Derselbe soll bekanntlich nach der Annahme der meisten Autoren auf einer Erweiterung der Lymphscheiden der Blutgefässe beruhen. V. fand nun, dass die Stelle der scheinbaren Löcher und Lücken in Wirklichkeit eingenommen werden von stark glänzenden, homogenen Körpern, welche vollkommen transparent sind. Irgend einen Zusammenhang derselben mit den Gefässen hat V. nie beobachtet. Dagegen sah er verschiedentlich, wie im Verlaufe von besonders grossen dicken Nervenfasern an einem bestimmten Punkte der Achsencylinder sich plötzlich krümmt und in seine Concavität einen der genannten glänzenden Körper einschliesst; die Markscheide ist im Verlaufe der Krümmung des Achsencylinders nicht mehr zu unterscheiden, ist aber sofort wieder deutlich, wenn die Curve aufhört. V. ist desshalb zu der Annahme geneigt, dass der état criblé des Gehirns nichts anderes darstellt als eine besondere Aenderung der Markscheiden der dicksten Nervenfasern in der weissen Substanz.

Strauscheid.

---

240) **H. M. Bannister** (Kankakee, Ill.): A statistical note on two hundred and thirty four cases of paresis, with special reference to its etiology.
(The journal of nervous and mental disease. Dec. 1891).

Von 234 Paralytikern waren 199 Männer und 35 Frauen. Das Alter schwankte zwischen 25 und 58 Jahren. Nur bei 125 Patienten gelang es Angaben über frühere venerische Infection zu erhalten. Von diesen 125 Patienten hatten sicher Syphilis 91 (72,2 %), höchst wahrscheinlich noch 21 (88,8 %); Syphilis wurde geläugnet, aber Schanker oder Gonorrhoe zugegeben in 3 Fällen; es fehlten Anhaltspunkte für Annahme einer venerischen Infection in 11 Fällen.

Vergleicht man das Vorkommen von Syphilis bei paralytischen und nicht paralytischen Geisteskranken, so ergiebt sich, dass Syphilis bei ersteren 20 mal häufiger ist als bei letzteren.

In 55 Fällen gelang es genauere Angabe sowohl über Syphilis als über Alkoholgenuss zu erlangen. Von diesen waren 50 Potatoren, darunter 48 Syphilitische, 1 Patient mit einer anderen venerischen Krankheit und 1, welcher jede Infection läugnete, aber an conjugaler Paralyse litt (Ehe-

frau auch paralytisch). Von den 5 Paralytikern, die im Trinken mässig gewesen waren, hatten 3 Syphilis, 1 eine andere venerische Affection 1 läugnete jede Infection.

Was die hereditäre Belastung zu Nerven- oder Geisteskrankheiten anlangt, so fand sich dieselbe in 26 % der Paralytiker und in über 40 % der übrigen Geisteskranken.

Verf. sieht darnach als Hauptursache der Paralyse die Syphilis an, er hält es aber für möglich, dass die Paralyse auch bei einer kleinen Anzahl von nicht syphilitischen Individuen sich entwickelt; solche Fälle möge man mit Rücksicht auf das ausserordentliche Ueberwiegen von specifischen Antecedentien unter Umkehrung des früheren Wortgebrauches als Fälle von Pseudoparalyse bezeichnen. Alcoholmissbrauch ist zwar ein häufiges Antecedens der Paralyse, jedoch kein allgemeines und wesentliches.

Strauscheid.

---

241) **G. L. Walton:** Removal of a neurome; followed by disappearance of anaesthesia of fourteen years standing.

(The Journal of nervous and mental disease. Nov. 1891.)

Nach einer Schnittverletzung des Zeigefingers hatte sich bei einem Gelehrten im Verlaufe mehrerer Jahre eine beträchtliche Hypaesthesie und Schmerzhaftigkeit der ganzen Hand eingestellt. Motorische Störungen oder Atrophie bestand nicht. Als man im Verlaufe des zu der Schnittnarbe gehenden Nerven einschnitt, fand man ein kleines Neurom, das mit einem Stücke der Nerven ausgeschnitten wurde. Einige Monate nach der glatt geheilten Operation war die Sensibilität wieder in der ganzen Hand zurückgekehrt und das Allgemeinbefinden des neurasthenischen Patienten hatte sich bedeutend gebessert. Strauscheid.

---

242) **W. C. Krauss** (Buffalo): Poliomyelitis acuta adultorum.

(The journal of nervous and mental disease. Nov. 1891.)

Ein 38jähriger erblich belasteter Mann erkrankte sehr schwer an Masern, so dass er 6 Wochen zu Bette liegen musste und erst nach 3 Monaten seinem Geschäfte wieder nachgehen konnte. 12 Jahre später hatte er einen schweren Fieberanfall; am dritten Tage des Fiebers traten heftige Schmerzen im Rücken und in den Extremitäten auf; 36 Stunden später hörte das Fieber auf und es zeigte sich, dass der Rumpf wie die 4 Extremitäten ganz gelähmt waren. Die Sensibilität war völlig erhalten; Blase und Mastdarm nicht gestört. Die Armmuskulatur atrophirte allmählig, während die Muskulatur des Rumpfes und der Beine nicht atrophirte. Die Sehnenreflexe fehlten. Im Verlaufe eines Jahres kehrte nur eine ganz geringe Beweglichkeit der linken Hand und des rechten Fusses zurück. Eine genaue electrische Prüfung konnte nicht vorgenommen werden.

Verf. will diese Erkrankung mit der 2 Jahre vorher stattgehabten Erkrankung an Masern in ursächlichen Zusammenhang bringen.

Strauscheid.

243) **A. Souques** (Paris): Un cas d'hémeplégie alterne (Type Millard Gubler) compliquée de strabisme interne bilatéral et de glossoplégie.

(Nouvelle iconographie de la Salpêtrière. 5. 1891.)

Bei einem $4^1/_2$jährigen Kinde traten vor 2 Jahren ohne erkennbare Ursache heftige Brechanfälle ohne Convulsionen, ohne Fieber und ohne irgend welchen Schmerz auf. Nach 14 Tagen schwanden dieselben, ohne je wieder zurückzukehren. Zu gleicher Zeit trug das Kind eine Verbrennung am linken Arm, Halse und Gesichte davon, derentwegen es im Bette bleiben musste. Als die Verbrennung geheilt war, bemerkte man eine schwere ausgedehnte Lähmung, die bis zur Zeit der jetzigen Untersuchung unverändert fortbestand. Die rechtsseitigen Extremitäten waren vollständig gelähmt; das linke Bein war etwas paretisch, der linke Arm dagegen völlig frei. Die Sensibilität schien allenthalben intakt. Der linke Facialis zeigte die Erscheinungen einer schweren peripheren Lähmung. Die Zunge war gelähmt, so dass das Kind nicht mehr sprechen, nur sehr schwer kauen und schlucken konnte und die Zunge nicht über die Zahnreihe hinaus zu strecken vermochte. Endlich bestand ein doppelter Strabismus convergens infolge beiderseitiger Abducensparalyse.

Die Combination von Hypoglossus- und Abducenslähmung mit einer Hemiplegia alternans ist keine allzu seltene. Wahrscheinlich liegt diesem Krankheitsbilde ein tuberkulöser Process zu Grunde.

Strauscheid.

---

244) **M. A. Gombault** (Ivry): Un cas de paralysie alterne.

(Archives de med. expérimentale. 1892 Nr. 2.)

Bei einer 76jährigen Frau trat plötzlich ohne Bewusstseinsverlust eine Lähmung der rechtsseitigen Extremitäten, sowie der linken ganzen Gesichtshälfte ein; die Lähmung des linken Facialis trug alle Charactere einer peripheren Paralyse; die faradische Erregbarkeit war ganz verschwunden. Ausserdem war der musculus rectus externus des linken Auges unvollständig gelähmt. Die Sensibilität war in den gelähmten Partieen erhalten. In den gelähmten Extremitäten trat bald ein allgemeines, permanentes Hautoedem auf. Nach ca. 2 Monaten starb die Patientin an Pneumonie. Bei der Autopsie fand man ausser einem kleinen Sarkome der Dura (in der mittleren Schädelgrube), welches jedenfalls zu der Erkrankung in keinem directen Zusammenhang stand, einen grossen Erweichungsheerd in der linken Brückenhälfte Die Arterien waren hochgradig atheromatös: Der Erweichungsheerd nahm die Gegend des Pyramidenstranges und der Schleife ein, zerstörte die innerhalb der Brücke verlaufenden Wurzelfasern des Facialis und Abducens sowie die oberflächlichen und tiefen Fasern des mittleren Kleinhirnschenkels. Die Kerne des Facialis und Abducens liessen eine Atrophie der Ganglienzellen erkennen. Die linke Facialiswurzel war vollständig, die Abducenswurzel zum Theile degenerirt.

Es erklärt der anatomische Befund das Krankheitsbild vollständig.

Strauscheid.

245) **William M. Leszynsky** (New-York): „Some practical points in the diagnosis of tabes and the significance of certain symptoms."

(The Medic. Record 11. April 1891.)

Die Arbeit ist, wie Verf. selbst sagt, nur eine kurze Zusammenstellung der modernen auf die Diagnose der Tabes gerichteten Untersuchungs-Methoden. Dazu gibt er eine Reihe von Vorschriften, wie man gewisse Symptome namentlich die Sehnenreflexe und die Augensymtome untersuchen müsse, um nicht in Irrthümer zu verfallen. Voigt.

246) **James Cagney,** Peripheral neuritis associated with Epileptic Fits (Pephirere Neuritis mit Epilepsie).

(The Lancet. 14. Nov. 1891.)

Ein 29jähriger Mann litt seit seiner Kindheit an Krampfanfällen, welche in Zwischenräumen von mehreren Wochen und Monaten auftraten. Er hatte 5 Tage, bevor er ins Spital aufgenommen wurde, wieder einen derartigen Anfall gehabt. Darnach 1—2 Stunden geschlafen. Beim Erwachen waren der linke Vorderarm und Hand taub. Im Spital ergab die Untersuchung complete Anaesthesie im linken Radialisgebiet. Kein Verlust der motorischen Kraft; keine sonstige Sensibilitätsstörung. Die Stelle, wo der N. radialis unter der Sehne des M. supinat. long. durchgeht, ist schmerzempfindlich. Der Kranke hatte schon früher einmal an der nämlichen Affection gelitten; damals folgte nach einem epileptischen Anfall eine Anaesthesie auf dem linken Handrücken mit Schmerz an dem genannten Punkte. Im Verlauf von 14 Tagen bis 3 Wochen stellte sich die Sensibilität von selbst wieder her.

Einen ähnlichen Fall hatte C. früher behandelt:

R. S.; 35 Jahre alt; leidet seit dem 13. Jahre an epileptischen Krämpfen. Vor 8 Tagen hatte er einen Anfall und schlief darauf den ganzen Nachmittag, wie er es nach einem solchen Anfall immer that. Er glaubt mit dem Kopf auf der linken Ellenbeuge liegend geschlafen zu haben. Hier und in der Schulter hatte er Abends Schmerz; Schwächegefühl des Armes. Die Untersuchung ergab eine Anaesthesie im Gebiet des linken N. radialis.

C. führt im Anschluss an diese Fälle aus: Wenn es sich herausstellt, dass Neuritis und epileptischer Anfall öfter in dieser Beziehung gefunden werden, so könnte man das dadurch erklären, dass beide auf einer gemeinsamen Ursache beruhten. C. erinnert an die Neuritis, welche auf toxischer Basis beruhen. Es sei möglich, dass ein epileptischer Anfall bei einem Prädisponirten ausgelöst werden könne durch einen unbekannten toxischen Einfluss, für dessen Vorhandensein ein gewisser Grad von Neuritis beweisend sei.

(NB. Die Aetiologie der Neuritis durch Druck während des Schlafes scheint mir in obigen Fällen nicht sicher ausgeschlossen.)

Wichmann.

247) **C. G. Santisson** (Stockholm). Fall af Dystrophia muscularis progressiva.

(Nord. med. Arkiv. 1891. Bd. XXIII. Nr. 3.)

Ausser der Schilderung des Krankheitsfalles und der daran geknüpften Bemerkungen enthält die Abhandlung eine gute Uebersicht über die Lehre vom Vorkommen von Muskelspindeln (Kühne) und über die Neubildung von Nervenfasern. In Bezug hierauf muss auf das Original verwiesen werden.

Der Fall selbst betraf ein kleines 6jähriges Mädchen, das vom 14. Juni bis 29. Juli in dem Kinderhospital der Kronprinzessin Louise in Stockholm behandelt wurde. Erbliche Disposition war nicht zu constatiren, in der ganzen Familie kein Fall von Muskelatrophie. Das Kind war von Geburt an gesund, seine Entwicklung normal; mit 11 Monaten hatte sie gehen gelernt. Von klein auf ging sie mit den Eltern meilenlange Strecken zu Fusse Die ersten Anzeichen der Krankheit zeigten sich im Frühjahr 1888, in ihrem 5. Jahr. Sie ermüdete leicht. fiel öfters vornüber, ging mit gebeugten Rücken und stolperte beim Treppensteigen. Am 7. October desselben Jahres trat allmählig allgemeine Abmagerung ein, sowie Schwäche und Appetit mangel, ohne sonstige Symptome einer inneren Krankheit. Vom December an fing sie an, häufig auf die Kniee zu fallen und konnte sich anfangs nur mühsam, späterhin gar nicht mehr, aufrichten. Von März-April 1889 an konnte sie weder gehen, ohne Stütze stehen, noch sich im Bette umdrehen oder irgend etwas mit der Hand festhalten. Weder spastische Symptome noch spontane Schmerzen. — Status praes. 16. Juni 1889. Das Kind ist zart gebaut, sehr mager, sie liegt fast beständig zu Bett, und kann sich nur, wenn sie unterstützt wird, aufrecht halten und einige Schritte thun. Intelligenz intact. Temp. leicht gesteigert (ca. 38^{0} C. Abends) Den Sitz einer beträchtlichen Atrophie bilden: mm. extensores dorsi, latissimi dorsi trapezii, serrati maj., rhomboidei, pectorales u. glutaei. In geringerem Grade atrophisch sind: die Nacken-Muskeln, mm. obliqui abdominis (mm. recti abd. intact) und die Muskeln der Hand. Die Muskeln der Extremitäten sind ausserdem im ganzen abgemagert, ohne bedeutende Atrophie. Gesichtsmuskeln intact. Husten, Erbrechen, bedeutende Schwäche eines Theils der Respirationsmuskeln. — Einzelne Muskeln sind schlaffe andere, auch von den nicht atrophischen zeigen harte Stränge und Knoten. Die Atrophie symmetrisch ausgebreitet. Keine Hypertrophie, ebenso keine fibrillären Zuckungen. Die mechanische Irritabilität der Muskeln aufgehoben. Die electrischen Untersuchungen ergaben nirgends Entartungsreaction. - Haut- und Sehnenreflexe liessen sich nirgends hervorrufen. Am 25. Juli wurde die Pat. von einer acuten Peritonitis ohne nachweisbare Ursache befallen, an welcher sie am 29. Juli starb. Die mikroskopische Untersuchung des Rückenmarks zeigte nichts besonders abnormes. Die peripheren Nervenstämme wurden nicht untersucht. Die Wurzeln der Rückenmarksnerven und die intramusculären Nervenfasern zeigten nichts abnormes. Theile von 7 verschiedenen Muskeln zeigten fast alle einfache Atrophie, (Viele Muskelfasern waren 4—10 m dick) in einigen fanden sich verstreute hypertrophische Fasern, von 50—70 m Dicke; die normale Stärke für dieses Alter ist 20—40 m. Keine Fettdegeneration. Deutliche Vermehrung der Muskelkerne.

Besondere Eigenthümlichkeiten dieses Falles sind folgende:

1. Die kurze Entwicklungsperiode (kaum ein Jahr).
2. Die früh eintretende Schwäche und Appetitlosigkeit ohne andere Symptome.
3. Die Atrophie der kleinen Handmuskeln, — (wofür jedoch verschiedene Fälle in der Litteratur vorliegen).
4. Das Fehlen der Haut- und Sehnenreflexe, sowie der mechanischen Muskelerregbarkeit.

Letzteres lässt sich übrigens erklären, wenn man ein functionelles Leiden des Nervensystems, eine Trophoneurose, als letzte Ursache der Muskelatrophie annimmt (Vulpian. Erb.).

Der Verf. glaubt es mit einem Fall hereditärer Muskel-Dystrophie zu thun zu haben, obgleich sich kein hereditäres Moment nachweisen lässt. Dieser Nachweis muss als etwas weniger wichtiges betrachtet werden, wie Charcot in einem ähnlichen Falle es auffasst. (Révue de méd. févr. 1886.)

Koch (Kopenhagen).

---

248) **Meyer** und **Oppenheim**: Ueber einen durch ungewöhnliche Symptome ausgezeichneten Fall von Krämpfen.

(Jahrbuch f. Kinderheilkunde. N. F. XXXIII. Bd. 3 Heft 1892.)

Pat. 4 Jahre alt, hereditär schwer belastet, hat sich geistig und körperlich gut entwickelt. Im Alter von 6 Wochen fiel er aus dem Bett auf die Stirngegend, lag 2 Minuten ganz still, schrie dann heftig. Im Alter von 3 Monaten trat der 1. Krampfanfall auf, nachdem Pat. schon öfter im Schlaf geschrieen hatte. Später traten die Anfälle häufiger auf und dauerten etwa 3 Minuten. Sie bestanden in einer allgemeinen tonischen Anspannung der Körpermuskeln und einer darauf folgenden Röthung, die sich über eine ganze Körperhälfte erstrekte und mit Schmerzen auf derselben Seite verbunden war. Von der Mutter wurden später zwei verschiedene Typen unter den Anfällen unterschieden. Auch nach der Beobachtung der Verf. verliefen die Anfälle verschiedenartig. Das eine Mal trat bei freiem Sensorium unter heftigem Weinen über Schmerzen an bestimmten Stellen der rechten Körperhälfte eine Röthung ein, die sich allmählig über dieselbe Seite verbreitete. Dabei war die rechte Pupille ad maximum dilatirt und lichtstarr. Schmerzen und Röthung verschwanden allmählig. Nach einer Dauer von 1 Minute war der Anfall vorüber. Ein ander Mal begann der Anfall so, dass Pat. plötzlich über heftige Schmerzen in der Anusgegend schrie. Die Muskulatur der Beine gelangte in einen Zustand von Flexionscontractur und die Umgebung des Anus erschien purpurroth. Dabei war der penis ad maximum irigirt, hoch roth, die glans penis cyanotisch. Auch kam es zur unwillkürlichen Harnentleerung. Das Sensorium bleibt frei. Der Anfall dauerte nur $^{1}/_{2}$ Minute. Bei einem 3. Anfall bestand Röthung der linken Kopf- und Gesichtshälfte und Thränenfluss des linken Auges.

Die Untersuchung ergab ausser Neuritis optica, beiderseitigem Westphal'schen Zeichen und dem breitbeinigen, ein wenig stampfenden Gang normale Verhältnisse.

Die beobachteten Erscheinungen bei den Krampfanfällen, welche vorwiegend vasomotorischer und secretorischer Natur sind, bekunden nach

mancher Hinsicht eine Verwandtschaft mit der Epilepsie, Hemikranie, traumatischen Neurose und Hysterie; doch kann der Fall nicht in die Kategorie einer dieser Neurosen gebracht werden. Am wahrscheinlichsten ist, dass sich das Leiden auf dem Boden von Entwicklungsanomalien am centralen Nervensystem ausgebildet hat. Ascher.

---

249) **Popoff** (Varsovie): Hemiatrophie faciale progressive.
(Arch. de Neurologie 1891 November.)

Ein 25jähriges Mädchen, ohne besondere Heredität, mit 22 Jahren zum ersten Male menstruirt, zeigte seit dem 17. Lebensjahr Blässe der rechten Gesichtshälfte, 4 Jahre später ein Einsinken der temporalen Gegend, im letzten Jahr heftige Schmerzen in der rechtsseitigen Kieferhälfte und in den Zähnen daselbst, sowie Abmagerung der gesammten rechten Gesichtshälfte und eine dadurch bedingte bedeutende Asymmetrie des Gesichts. Cucullaris und Scapularmusculatur waren auf der rechten Seite auch im Volumen verringert gegenüber der linken. Die electrische Erregbarkeit der Gesichtsmuskeln war rechts erhöht. Sensibilitäts- und Pupillenstörung fehlten. Verf. nimmt eine Affection des Sympathicus an mit Rücksicht auf die anfänglichen vasomotorischen Störungen und bei der Ausdehnung des Processes über das Trigeminusgebiet hinaus. Ein Litteraturverzeichniss bildet den Schluss. Otto.

---

250) **Onanoff:** Cas de paralysie radiculaire brachiale totale.
(Arch. de Neurologie 1891 November.)

Ein 12jähriges Mädchen erlitt in Folge Falles eine Contusion der linken oberen Rumpfgegend mit kurz dauernder Bewusstlosigkeit. Es trat sofort eine schlaffe Lähmung des Armes verbunden mit Sensibilitätsstörungen auf. Einige Wochen später war der Arm noch schlaff gelähmt von der Schulter ab, die Reflexe fehlten. Spontane Schmerzempfindung war vorhanden, an Hand und Vorderarm Anaesthesie, am Oberarm dagegen letztere nur an einer schmalen vorn aussen gelegenen Zone, desgleichen bei genauester Prüfung an einzelnen kleinen Stellen an der Zonenseite des Oberarms. Gelenkbewegungen wurde nur in der Schulter empfunden, der Muskelsinn war in den anästhetischen Gegenden erloschen. Es bestand Abmagerung des Armes, herabgesetzte Temperatur, Entartungsreaction. Das linke Auge war zurückgetreten und zeigte deutliche Myose. Verf. nimmt eine Verletzung der Wurzeln des Plexus brachialis und des Sympathicus an. Otto.

---

251) **Charcot:** Toux et bruits laryngés chez les hystériques, les choréiques, les tiqueux et dans quelques autres maladies des centres nerveux.
(Arch. de Neurologie 1892 Januar.)

Die Geräusche sind exspiratorische, wie Husten, und inspiratorische, wie Singultus. Sie ähneln bei Hysterie vielfach solchen, welche Thiere hervorbringen, wie Bellen, Grunzen, Miauen, Brüllen etc. Im allgemeinen ist das Auftreten und Verhalten dieser Geräusche ein ähnliches wie das für den hysterischen Husten von Lasègue festgestellte. Es werden sodann 3 Fälle kurz mitgetheilt. Im ersten Fall bekam ein 18jähriges hysterisches Mädchen zeitweise Mutismus, zeitweise zeigte sie ein eigenthümliches

Murmeln, welches auch eine andere Kranke vor ihr hatte, im Moment der Exspiration. Im zweiten Fall trat bei einem hysterischen 15jährigen Knaben von Zeit zu Zeit ein inspiratorisches Geräusch wie das Kläffen eines kleinen Hundes auf, und bei einem 23jährigen hysterischen Mädchen erschien ein ähnliches Geräusch 30 mal in der Minute. Schliesslich geht Verf. noch auf die Betrachtung der Geräusche bei Chorea, Paramyoclonus, Maladie des tics und ihre Unterscheidung von hysterischen ein und hebt zuletzt die Wichtigkeit der Contagion für die Entstehung letzterer hervor.

Otto.

252) **B. Baginsky:** Ueber Nystagmus der Stimmbänder. (Vortr. in der Hufelandschen Gesellschaft 18. Juni 1891).

(Berl. klin. Wochenschrift 1891 Nr. 50.)

Bei der 61jährigen Patientin, welche in ihrem 11. Lebensjahre eine Verwundung in der rechten Stirnhälfte mit nachfolgender Gehirnentzündung erlitten hatte, hatten sich mit dem 20. Lebensjahre Erscheinungen schwerer Hysterie entwickelt, welche bereits wiederholt Gelegenheit zu wissenschaftlichen Arbeiten gegeben hat. Zuerst bekam sie Lähmung mit Anästhesie des linken Beines, die sich unter electrischer Behandlung etwas verlor, mit 29 Jahren eine zeitweilig auftretende, sehr hartnäckige Aphonie mit Anfällen von Dyspnoe, Erbrechen, Krampfhusten und Krämpfen (Ovarialtumor). 3 Jahre später plötzlich Photophobie und Blepharospasmus duplex bei sehr bedeutender Dyspnoe. Dazu gesellten sich Erbrechen und mannigfache motorische und sensible Störungen, besonders Hemianästhesia sinistra. 1882 wurde von Landau die Ovariotomie mit negativem Erfolge ausgeführt. Einzelne Symptome nahmen nur noch zu

Wegen ihrer Heiserkeit suchte die Patientin die Poliklinik des Verf. auf, welcher gleich damals neben den gewöhnlichen Erscheinungen eines chronischen Kehlkopfcatarrhs an Stimmbändern und Aryknorpeln fast regelmässig zuckende Bewegungen, 50—54 in der Minute, constatirte. Diese klonischen Bewegungen, welche seitdem absolut unverändert geblieben sind, bestehen in kurzen Adductionsbewegungen, welche die Stimmbänder etwa bis zur Cadaverstellung führen, ziemlich regelmässig am Ende der Exspiration erfolgen, in die Inspiration aber nicht hineinreichen (Respiration beschleunigt). Bei keuchenden Inspirationen kann man die Zuckungen für wenige Monate zum Verschwinden bringen, um sie alsdann um so intensiver wieder auftreten zu sehen. B. vergleicht diesen continuirlichen klonischen Spasmus der Adductoren, neben welchem übrigens die Sensibilität der Kehlkopfschleimhaut erhalten ist, mit dem Nystagmus der Augen und führt diese Erscheinung auf die Hysterie zurück, ohne allerdings in der Litteratur ein Analogon zu finden.

Hoppe (Allenberg).

253) **A. Campbell Clark.** Case of Myxoedema with tumor of the brain.

(Edinburgh med. Journ. 1891. Mai.)

C. M. 48 Jahr alt, hereditär schwer belastet, hat seit der Pubertät öfters an Seelenstörung gelitten; Pat. zeigt die Erscheinungen des Myxödems. Ausserdem hatte sich auf dem rechten Auge eine Papillitis entwickelt. Das linke Auge war normal. Einige Wochen vor den exit. let. trat ein epilepti-

former Anfall auf, der eine Ptosis des linken Auges hinterliess. Die Gehirnsection ergab ein Gliom der linken mittleren Schädelgrube, das bis an das Chiasma reichte. Das ganze Gehirn war derb und blass. Verf. muss es nach dem heutigen Stand unserer Kenntnisse unentschieden lassen, ob ein Zusammenhang zwischen dem Tumor und dem Myxödem bestand.

Bielchowsky (Breslau).

---

254) **Ph. C. Knapp** (Boston): Astasia-Abasia with the report of a case of paroxysmal trepidant abasia associated with paralysis agitans.

(The journal of nervous and mental disease. November 1891.)

Im Anschluss an einen Fall von beginnender Paralysis agitans sine agitatione, in welchem eine anfallsweise auftretende Abasie in den Vordergrund des Interesses trat, berichtet Verf. kurz über die 49 übrigen bisherigen Beobachtungen von Astasie-Abasie. Unter den 50 Fällen war nur in 21 Hysterie mit Sicherheit nachzuweisen, so dass Verf. die Ansicht, dass es sich hierbei um ein hysterisches Symptom handle, zurückweisen zu müssen glaubt. Sonst fand man das genannte Symptom bei Kranken, welche an Chorea, Epilepsie, morb. Basedowii, Zwangsirresein, Verwirrtheit oder Dementia litten. Die Binswanger'sche Erklärung des Krankheitsbildes passt nur für die seltenen Fälle (4 von 50), in denen die Angst eine hervorragende Rolle spielt. Diese Fälle von Zwangsirresein sind zu scheiden von der grossen Mehrzahl der Fälle in denen die Astasie-Abasie eine Associationsneurose darstellt. Die genannte Krankheitserscheinung kann paroxystisch auftreten (sehr selten) oder aber dauernd sein. Die gewöhnlichste Form der Astasie-Abasie ist die paralytische; beim Versuche zu stehen oder zu gehen, versagen die sonst normalen Beine einfach ihren Dienst. In anderen Fällen kennzeichnet sich die motorische Störung durch irgend eine Form von Spasmus oder Ataxie. Die häufigste Varietät ist hierbei die zitternde, wobei das Gehen durch entgegengesetzte Bewegungen gehindert wird, welche die Beine steif machen und in einer Zitterbewegung bestehen, welche an die bei spastischer Paraplegie erinnern. In anderen Fällen treten choreatische oder ähnliche Bewegungen auf. Die Prognose ist meist gut. Die Behandlung ist wie bei Hysterie; Hydrotherapie, Electricität leisten gute Dienste.

Strauscheid.

---

255) **J. A. Estèves** (Buenos-Ayres): Fièvre hystérique.

(Nouv. iconographie de la Salp. 1. 1892.)

Ein junges hysterisches Mädchen aus belasteter Familie hat zu wiederholten Malen ziemlich hohes Fieber gehabt, ohne dass sich irgend eine genügende körperliche Ursache hierfür nachweisen liess. Zum ersten Male hatte sie während anderthalb Monaten im Anschlusse an eine leichte, rasch vorübergehende Angina Temperatursteigerung zwischen 39^0 und $41{,}2^0$. Zu gleicher Zeit hatte sie continuirliches Erbrechen. Nach 3 Jahren hatte sie eine neue Fieberperiode, die von hartnäckiger Stuhlverstopfung begleitet war. Während dieser Fieberperiode bestand 3 Tage lang complete Anurie, die später einer nur langsam sich steigernden Urinsekretion Platz machte. Anderthalb Monate später unter heftigen Gelenkschmerzen ohne irgend welche objective Erscheinungen neue Fieberperiode von 20 Tagen mit

3tägiger apyretischer Unterbrechung. Während der verschiedenen Fieberperioden hatten Antipyretica wie Chinin, Antipyrin, Salicylsaures Natron keinerlei Effect, während lauwarme Bäder oft recht gut wirkten. Die Fieberperiode rief in keiner Weise alle die organischen Störungen hervor, welche die regelmässigen Begleiter irgend welcher anderer Fieberarten sind.

Strauscheid.

256) **John Thomson.** On a case of myxoedematoid swelling of one-half of the body in a sporadic cretin.

(Edinburgh med. Jour. Sept. 1891.)

J. S., $1^1/_2$ Jahr alt, von nervöser Mutter stammend, zeigte bald nach der Geburt eine Schwellung der ganzen rechten Körperseite, hervorgerufen durch Verdickung der Haut und des subcutanen Gewebes. Der Kopf erscheint im Verhältniss zum Körper gross, die gr. Fontanelle noch nicht geschlossen. Das Haar ist voll und weich, die Lippen nicht dick und vorstehend, die Glieder der geschwollenen Seite nicht in auffallender Weise vergrössert. Keine dilatirten Lymphgefässe. Die Glandula thyroid. fehlt. Die geistigen Fähigkeiten sind wenig entwickelt. Verf. nimmt an, dass die Schwellung durch intrauterine trophische Störungen im Unterhautzellgewebe zu stande gekommen ist. Obwohl der Fall mit Sicherheit keinem der bekannten Krankheitsbilder zu subsummiren ist, hat er entschieden Beziehung zu dem sporadischen Cretinismus und dem Myxödem. Das Kind starb am Ende des 2. Lebensjahres an einer Pneumonie. Die Section wurde nicht gestattet. Bielschowsky (Breslau).

---

257) **Lim Boon Keng.** The nature of Hysteria.

(Edinburgh med. Journ. 1892 Mai.)

Nachdem sich Verf. über die bekannten ätiologischen Momente, die für die Hysterie in Betracht kommen, verbreitet hat, spricht er sich dahin aus, dass dieselben nicht genügen, um das Wesen dieser Erkrankung aufzuklären. Nach seiner Meinung sei die Hysterie die Folge einer psychisch-chemischen Schädigung (psychico-chemical disturbance) des Nervensystems bedingt durch die Gegenwart giftiger Stoffe im Blut.

Bielschowsky (Breslau).

---

258) **Allen Thomson Sloan.** Extreme case of Hystero-Catalepsy-trances lasting 58, 30, 24 und 12 hours; insanity; recovery.

(Edinburgh med. Journ. Mai 1892.)

Eine Lehrerin von 19 Jahren, hereditär belastet, Eltern Alcoholisten, bekam 1886 den ersten Anfall von Bewusstlosigkeit ohne besonders nachweisbare Ursache, der vier Stunden dauerte. Von da an wiederholten sich diese Zustände häufig und einige derselben hielten tagelang an. Das Verhalten der Pat. war stets das nämliche. Sie wurde plötzlich bewusstlos, fiel jedoch nicht um; die Glieder waren mehr oder weniger steif, zeigten flexibilitas cerea, Sensibilität erloschen, keine Krämpfe. Einer dieser Anfälle hielt 58 Stunden an, ohne dass Pat. Nahrung zu sich nahm. Sie reagirte auf keinerlei äussere Reize, die Blase war in dieser ganzen Zeit leer, Stuhlgung erfolgte nicht. Das Erwachen aus der kataleptischen Starre geschah ziemlich plötzlich; zuerst war zwar das Bewusstsein noch etwas getrübt,

kehrte aber bald vollkommen zurück. Wenn die Anfälle in kurzen Pausen auf einander folgten, wurde der Puls schwach und schnell; man fütterte daher die Bewusstlose mit der Schlundsonde. Einmal erwachte die Kranke vollkommen verwirrt. Sie glaubte 50 Jahr alt zu sein und eine Seereise rund um die Welt gemacht zu haben. Diese Seelenstörung verlor sich nach längerer Zeit vollkommen, aber die Anfälle kehrten noch häufig wieder. Seit Sommer 1890 ging es der Kranken wieder vollkommen gut, so dass sie ihre Thätigkeit als Lehrerin aufnehmen konnte. Therapie allgemein tonisirend.

Bielschowsky (Breslau).

---

259) **L. Löwenfeld.** Die objectiven Zeichen der Neurasthenie.

(Münch medic. Abhandlungen. 4. Reihe. Heft 3. 1892. M. 1,60.)

Es ist kürzlich einmal behauptet worden, die Aufstellung des Krankheitsbildes der Neurasthenie sei unzweckmässig gewesen, weil es sich bei derartigen Kranken um eine Schwäche aller oder doch der meisten Organe des Körpers und nicht blos des Nervensystems allein handle. Man hätte also den alten Begriff der allgemeinen Körperschwäche beibehalten sollen, statt den neuen der Neurasthenie einzuführen. Der jene Behauptung aufstellende Herr hat übersehen, dass eben alle Organe in Abhängigkeit vom Nervensystem stehen und somit secundär leiden. Es bleibt also zweckmässig, an unserer Neurasthenie festzuhalten. Die Erweiterung ihrer Kenntniss hat heutigen Tags bei ihrer grossen Zunahme unter der gesammten Bevölkerung, auch unter der bäuerlichen und arbeitenden Klasse, einen besonders hohen practischen Werth in Folge der neueren Unfallgesetzgebung erlangt. Hierdurch werden die Aerzte häufig in die Lage versetzt, Krankheitszustände beurtheilen zu müssen, die nur mit dem Ausdruck Neurasthenie nach Trauma belegt werden können, die nichts mit Hysterie, Hypochondrie oder gar einer sog. angeblichen speciellen „traumatischen Neurose“ zu thun haben. Da nun hier die Simulation auszuschliessen von hervorragender Wichtigkeit ist, so muss dem begutachtenden Arzte jedes objective Symptom bei einer sog. functionellen Neurose, welches gegen Simulation spricht, von Werth sein, da es ihm Sicherheit in der Beurtheilung zweifelhafter Fälle verleiht. Bei der Neurasthenie ist eine ganze Reihe objectiver Symptome seit ihrer ersten Schilderung durch Beard bekannt geworden.

Löwenfeld hat sich die verdienstvolle Aufgabe in vorliegender Schrift gestellt, die bisher bekannten objectiven Symptome der Neurasthenie zusammenzustellen, neue hinzuzufügen und kritisch zu besprechen. Damit wird der Symptomatologie ein grösserer Halt gegeben. Wir empfehlen die Arbeit im Ganzen zu lesen. Sie eignet sich nicht zu einer kurzen Reproduction im Auszuge. Besonders sei auf die ausführliche Besprechung der Harnveränderungen und des Anhanges „über die Beziehungen der Neurasthenie zur harnsauren Diathese“ hingewiesen. Wichmann.

---

260) **Fr. Schultze** (Bonn): Ueber die Heilwirkung der Electricität bei Nerven- und Muskelleiden.

(Wiesbaden, Verlag von J. F. Bergmann, 1892.)

261) **A. Moll** (Berlin): Ist die Electrotherapie eine wissenschaftliche Heilmethode?

(Berliner Klinik, Heft 41, November 1891.)

Zu der heutzutage so viel erörterten Frage nach dem Heilwerthe der Electricität hat auch Sch. (Bonn) mit vorstehendem Schriftchen Stellung genommen. Was an den Ausführungen des Autors geradezu wohlthuend berührt und dieselben in vortheilhafter Weise von mancher den gleichen Gegenstand behandelnden neueren Publication unterscheidet, das ist der Umstand, dass Sch. gänzlich unbeirrt von Auto- und Fremdsuggestionen vulgo Vorurtheilen pro oder contra unter streng kritischer Prüfung der Thatsachen das Facit aus seiner eigenen umfänglichen electrotherapeutischen Erfahrung zu ziehen sich bemüht. Sein Gesammturtheil über die Leistungen der Electrotherapie bei Nerven- und Muskelerkrankungen lautet nicht allzu günstig. Es ist aber andererseits auch keineswegs so absprechend wie die Meinung, zu welcher sich manche neuere, von der Suggestionsallgewalt überzeugte Autoren berechtigt glauben. Am beschränktesten sind nach Sch. die Heilerfolge bei den organischen destructiven Erkrankungen des centralen Nervensystems. Es ist nach Sch. nicht erwiesen oder auch nur wahrscheinlich gemacht, dass sie an sich durch den electrischen Strom zu heilen sind; dagegen können einzelne Folgezustände durch ihn rasch gebessert und zum Theil auch beseitigt werden.

Bei den gleichen Erkrankungen der peripheren Nerven erscheint ein rascherer Heilungsverlauf bei Einwirkung des electrischen Stromes, wenn auch noch nicht streng bewiesen, so doch durchaus nicht unwahrscheinlich.

Unter den sogenannten functionellen Erkrankungen des Nervensystems sind besonders gewisse hysterische Symptome dem Einflusse des electrischen Stromes am günstigsten, wobei wesentlich die psychische Einwirkung in Betracht kommt. Ebenso sind Neuralgien und Myalgien sowie Schwächezustände der Organe mit glatter Muskulatur durch den electrischen Strom heilbar, wenn auch keineswegs regelmässig und bei schweren Neuralgien sogar nur ausnahmsweise und vielfach nicht in so bequemer Weise als durch andere Mittel.

Mit diesem Resumée, in dem Sch. seine Beobachtungen zusammenfasst, wird sich vielleicht mit Ausnahme des letzten die schweren Neuralgien betreffenden Passus, wohl die Mehrzahl derjenigen einverstanden erklären, die in der Lage sind, eine grössere electrotherapeutische Erfahrung in kritischer Weise zu sichten. Allein im Einzelnen können doch die Anschauungen, zu denen Schultze auf Grund seiner eigenen Praxis oder auf anderem Wege gelangt ist, nicht überall als den Thatsachen völlig entsprechend erachtet werden. Wir müssen uns begnügen, einzelne Punkte in dieser Beziehung hervorzuheben.

Der Skeptizismus, den Sch. bezüglich des Heilwerthes der Electricität bei Gelenkerkrankungen an den Tag legt, scheint uns den vorliegenden Beobachtungen, namentlich den von Lewandowsky und C. W. Müller mitgetheilten Erfahrungen gegenüber nicht ganz gerechtfertigt.

Bei der electrischen Behandlung von Apoplectikern befürchtet Sch., ass die Angst und Aufregung während der Sitzung zu einem neuen apoplektischen Insulte führen könnte. Diese Befürchtung darf Referent wohl als unbegründet bezeichnen, nachdem er bei der Galvanisation des Kopfes bei Apoplektikern nie auch nur einen unangenehmen, geschweige denn einen bedenklichen Zufall erlebt hat. Selbstverständlich muss man ängstliche Apoplektiker vor der Vornahme der electrischen Behandlung über das zu Erwartende beruhigen, und wo dies ausnahmsweise nicht gelingen sollte, temporär wenigstens von der beabsichtigten Behandlung absehen.

Am auffälligsten erscheint dem Referenten das geringe Vertrauen, das Sch. der Electricität bei der Behandlung der Neuralgien schenkt. Es mag dies in den eigenen therapeutischen Resultaten Sch.s seinen Grund haben. Allein dann erhellt hieraus nur, dass die Erfahrung des einzelnen Beobachters durchaus keinen zuverlässigen Masstab für den Werth oder Unwerth einer Behandlungsmethode abgeben kann. Wenn es auch Schultze ebensowenig wie Erb gelungen ist, den echten Tic douloureux zu heilen oder nur wesentlich zu bessern, so ist dies doch anderen geglückt. Den Satz Schultze's, dass bei Ischias eine methodische Morphiumcur unzweifelhaft sicherer und regelmässiger günstig wirkt als die Electricität, müssen wir geradezu als einen sehr bedenklichen bezeichnen. Wir haben im Laufe der Jahre verschiedene Ischiadiker (darunter auch Collegen) beobachtet, welche durch methodische Morphiumbehandlung (Injectionen) zwar dem Morphinismus in die Arme getrieben, aber von ihrer Ischias nicht befreit wurden. Wie man derartigen durchaus nicht vereinzelt dastehenden Erfahrungen gegenüber einer methodischen Morphiumcur bei Ischias das Wort reden kann, ist uns schwer verständlich. Die Wirkung des Morphiums ist mit der Electricität bei Ischias überhaupt nicht zu vergleichen, soferne das Morphium immer nur vorübergehend und palliativ wirkt, während durch electrische Behandlung allein selbst in schweren und veralteten Fällen wirkliche und andauernde Heilerfolge sich erzielen lassen, nicht bloss eine zeitweilige kurze Besserung der Schmerzen, wie Sch. annimmt. Wir können uns der Annahme nicht entziehen, dass sich Sch. nicht ausdauernd genug mit der electrischen Behandlung derIschias befasste, sonst müsste sein Urtheil hierüber anders lauten. Das übrigens die Electricität kein Specificum gegen Ischias bildet, eine Ischias luetischen Ursprungs z. B. durch Electricität allein nicht geheilt wird, bedarf wohl keiner besonderen Erhärtung.

Die Ausstellungen, zu welchen, wie wir gezeigt haben, einzelne Behauptungen Schultzes Anlass geben, können in uns übrigens keineswegs den Wunsch unterdrücken, dass dessen Schriftchen einen grossen Leserkreis finden möge. Ein gesunder Skepticismus, wie ihn Schultze vertritt, ist der Entwicklung der Electrotherapie jedenfalls förderlicher als jener naive Optimismus, der in jeder günstigen Wendung des Krankheitszustandes einen Erfolg der zufällig angewandten Heilmethode erblickt.

II. Wenn auch unter anderen Titel und von anderen Gesichtspunkten ausgehend behandelt doch Moll im wesentlichen den gleichen Gegenstand wie Schultze.

M. unterzieht zunächst die bekannten physiologischen Wirkungen der Electricität einer Prüfung und kommt zu dem Schlusse, dass dieselben die behaupteten Erfolge der Electrotherapie nicht erklären, sohin der Electrotherapie einen wissenschaftlichen Boden nicht geben können. Die angenommenen Heilerfolge der Electrotherapie sondern sich nach Moll in 2 Gruppen: Bei der ersteren Gruppe handelt es sich einfach um Täuschung. Die spontan eingetretene Heilung oder Besserung wird der angewandten electrischen Behandlung zugeschrieben. Auf diesen Punkt haben bereits verschiedene Beobachter (Rosenbach in den Verhandlungen des Congresses in Frankfurt und Schultze in dem oben besprochenen Schriftchen) hingewiesen. Bei der 2. Gruppe, bei der eine Verwechslung des post hoc mit dem propter hoc nicht vorliegt, sind es nach Molls Meinung wesentlich, wenn nicht ausschliesslich die bei der electrischen Behandlung mitspielenden psychischen Einflüsse, welche die Heilerfolge bedingen. Die Annahme einiger, welche dieselben auf die physiologische Wirkung des Stroms zurückführen wollen, hält er für ganz willkürlich. Auch mit dieser Ansicht bietet Moll bekanntlich nichts Neues; er folgt hier lediglich den Pfaden, die vor ihm Bernheim, Forel und Möbius gewandelt. Wenn wir uns fragen, auf welche Thatsachen Moll seine suggestionistische Umwerthung der Electrotherapie stützt, so finden wir wieder nur die alten Behauptungen von der Vielfältigkeit der electrotherapeutischen Methoden, dem Mangel bestimmter Regeln und Aehnliches, dagegen nicht den Versuch eines thatsächlichen Beweises, dass die Suggestion in der Electrotherapie die ihr zugeschriebene Rolle spielt. Die Nothwendigkeit einer solchen Beweisführung kommt dem Autor so wenig zum Bewusstsein, dass er am Schlusse seiner Arbeit sich den Satz gestattet: Wir sehen, dass ein Theil der der Electricität zugeschriebenen Besserungen ganz spontan einzutreten pflegt, dass ferner ein weiterer sehr grosser Theil der Besserungen lediglich in der psychischen Einwirkung der Electricität seine Ursache hat, während wir thatsächlich nichts gesehen resp. gelesen haben als die Behauptung des Autors, dass es sich so verhalte.

Eine Widerlegung der Ansichten Moll's an dieser Stelle würde uns natürlich zu weit führen. Wir können nur bedauern, dass sich der Verfasser, der auf dem Gebiete des Hypnotismus Erspriessliches geleistet hat, mit obigem Aufsatze auf ein Gebiet wagte, zu dessen richtiger Beurtheilung ihm offenbar ausreichende selbstständige Erfahrung und auch in gewissem Maasse die Litteraturkenntnis mangelt. Schon die Bekanntschaft mit Duchenne's klassischem Werke „de l'Electrisation localisée“ müsste ihn von seinen Ansichten bezüglich der Wirkungsweise der Electrotherapie abgebracht haben. L. Löwenfeld.

---

262) **William B. Ransom** und **A. R. Anderson** (Nottingham). Case of Echinococcus of spinal canal, with operation. (Operation eines Falles von Echinococcus des Wirbelcanals).

(The Brit. med. Journal. 28. Nov. 1891 pg. 1144.)

Der folgende von R. und A. mitgetheilte Fall schliesst sich an den bekannten Fall von Gowers und Victor Horsley betreffend die Entfernung eines das Rückenmark comprimirenden Tumors an und beansprucht grosses Interesse. Aus dem Grunde glaube ich die Krankengeschichte ausführlich wiedergeben zu müssen:

I. N.; verheiratheter, 42jähriger Mann; aufgenommen im Generalhospital zu Nottingham am 31. December 1890 mit Paraplegie von 14tägiger Dauer. Vor 20 Jahren Gonorrhoe und Schanker, wahrscheinlich weich; sonst niemals Symptome von secundärer Lues; mässiger Alkoholgenuss. Mehrfach wegen Hydrocele operirt. 18 Monat vor seiner Aufnahme im December 1890 begann der Kranke an Rückenschmerz zu leiden. Der Schmerz entstand allmählich, nahm zu, so dass er die Nachtruhe raubte. Nachts war der Schmerz schlimmer. Er war zweierlei Art: ein beständiger, nagender, brennender Schmerz und gelegentlich durch die Beine zu den Fusssohlen schiessende Schmerzen. Zu dieser Zeit keine Gehbeschwerden, Urination und Sensibilität normal. Nach 4 Monaten hörte der Schmerz ziemlich plötzlich auf und trat nur gelegentlich und in mässigem Grade auf. Während der 18 Monate vor seiner Aufnahme wird er mit Jod behandelt. Er war meist arbeitsfähig. October 1890 kam der Schmerz in seiner ursprünglichen Stärke wieder, im Verlauf des folgenden Monats kam Steifigkeit hinzu, Schwäche und Taubheit in den Beinen. Jetzt verlor er die sexuelle Fähigkeit. Am 30. November wurde atactischer Gang und Verlust der Patellarreflexe beobachtet. Mitte December war er unfähig zu gehen und hatte Beschwerden beim Uriniren. Am 31. December 1890 kommt er in die Behandlung von Dr. Ransom.

Status 4. Januar 1891: Intelligenter, kräftig gebauter, fetter Mann Unfähig zu stehen, sitzt durch Kissen gestützt, da beim Liegen der Schmerz zunimmt. Kein Zeichen überstandener oder gegenwärtiger Lues. Circulation, Respiration, Digestion normal. Urin normal. Hydrocele der rechten tunica vaginalis. Kein Anzeichen einer Erkrankung des Gehirns oder der Hirnnerven. Klage über heftigen, constanten, dumpfen, fixirten Schmerz in der Gegend der Lumbaldornfortsätze, welcher bisweilen in beide Iliacalgegenden ausstrahlt und manchmal durch die Beine hinabschiesst und zuckende Empfindungen veranlasst. Leichte und wechselnde Spinalempfindlichkeit auf und seitwärts von den Lumbal- und 4 unteren Dorsal-Dornfortsätzen. Keine deutliche Deformität der Spinae. Auf der rechten Hinterbacke ein kleiner Tumor, der sich als Lipom anfühlt, was später durch die Section bestätigt wird. Gefühl in den Armen und am Rumpf herab bis 1 Zoll über den Pubes normal. Im Gebiet des Ilio-hypogastricus und ilio-inguinalis besteht vollkommen Anaesthesie. Vorder- und Hinterfläche der Schenkel anästhetisch und etwas Herabsetzung des Temperatursinns. Ueber der Tibia und auf dem Dorsum des Fusses ist das Gefühl etwas besser. Rechte Fusssohle fast anästhetisch; auf der linken Fusssohle ist das Gefühl vorhanden. Keine hyperästhetische Zone. Der Kranke kann die Beine nicht vom Bett hoch heben, er kann aber die Zehen bewegen, rechts besser. Beschwerden bei der Urinentleerung; mitunter kann er den Urin entleeren, mitunter entleert er sich unfreiwillig. Keine Lähmung des Sphincter ani. Patellarreflexe beiderseits fehlend; kein Fussclonus. Leichter Plantarreflex, links deutlicher. Cremasterreflex fehlt. Abdominalreflex beiderseits in Nabelhöhe vorhanden; darunter rechts fehlend, links schwach vorhanden. Keine Muskelrigidität; keine pathologische Abmagerung. Alle Muskeln der Beine reagiren auf den faradischen Strom.

Therapie: Wegen der Möglichkeit einer früheren Lues wird vom 31. März ab eine antiluetische Kur eingeschlagen.

Verlauf: Während der nächsten Woche stieg die Intensität des Schmerzes so an, dass er nur durch Morphium beschränkt werden konnte, aber der Schmerz wurde nicht bestimmter localisirt und es entwickelte sich kein deutliches Gürtelgefühl. Die Spinal-Empfindlichkeit dehnte sich weiter aus über die Lenden- und unteren 6 Brustwirbeldornfortsätze. Die Urinretention wurde vollständig, gelegentlich erfolgt unfreiwilliger Abgang von Faeces. Am 9. Januar 1891 bestand völliger Verlust der motorischen Kraft der Beine mit völliger Anästhesie bis zur Höhe der Ausbreitung des ramus hypogastricus des nervus ilio-hypogastricus. In dem obern Theil der Glutaeal-Gegend war das Gefühl nicht ganz erloschen. Keine Krämpfe in den Beinen. Am 9. Januar entwickelte sich feuchter Decubitus über jedem Tuber ischii; die Temperatur stieg auf 101,2 F. An den 2 folgenden Tagen fiel die Temperatur zur normalen, aber trotz antiseptischen Verbandes wuchs der Decubitus. Am 12. Januar Temperatur 101,8 F. An diesem Tage wird dicht über der anästhetischen Partie eine Zone leichter Hyperästhesie beobachtet. Die Muskeln reagirten noch auf starke faradische Ströme.

Dr. Ransom hatte die Diagnose gestellt auf: Tumor das Rückenmark comprimirend; es schien möglich, wenn nicht wahrscheinlich, dass der Tumor ein Gumma sei. Desshalb die antisyphilitische Behandlung; aber erfolglos. Es blieb also nur die Frage der Operation übrig. Dafür war die Localisation des Tumors wichig.

Auf motorischem Gebiet bestand offenbar wegen Verminderung der Reizbarkeit der Recti eine Schädigung der vorderen Wurzeln des 2., 3. und 4. Lumbal-Nerven oder der Vorderhornzellen, aus welchen diese entspringen. Der Verlust des Gefühls zeigt, dass die Läsion der sensiblen Fasern im Rückenmark oder in den hinteren Wurzeln in der Höhe bis zum 1. Lumbalnerven betrifft, während der 12. Dorsalnerv nur theilweise afficirt erschien. Der acute Decubitus über jedem Tuber ischii wies darauf hin, dass die degenerativen Veränderungen die oberen Sacralnerven ergriffen hatten. Das ganze deutete auf Läsion des Rückenmarks von dessen unterem Ende bis zum Ursprung des 12. Brustnerven, oder wenn die Zone der undeutlichen Hyperästhesie, die später entstand, berücksichtigt wird, zu der Höhe des 11. Dorsalnerven. Nun ist bekannt, dass bei Compression des Rückenmarks die Ursache der Compression häufig etwas höher sitzt, als die Symptome anzeigen. Das beweist der Fall von Gowers, welchen Horsley glücklich operirte und einige andere Beobachtungen von Thornburn; aber die offenbare Betheiligung der Centren für die Lumbal- und Sacralnerven wies auf eine abwärtsgehende Ausbreitung der angenommenen Geschwulst. Es wurde desshalb für das beste gehalten, auf den 12. Dorsaldornfortsatz als Centrum einzuschneiden und dann 2 Wirbel aufwärts und 1 abwärts vorzugehen. Die Operation vollzog am 15. Januar 1891 Dr. Anderson.

Die Temperatur des Kranken betrug am Operationstage morgens 10 ⁰ F. Puls 120.

Incision durch Haut und Fett über den Dornfortsätzen vom 9. Brust- bis 2. Lendenwirbel. Später stellte sich heraus, dass ein Wirbel tiefer als gedacht eingeschnitten war, also thatsächlich die Incision vom 10. Dorsalis

bis zum 3. Lumbalis reichte. Dieser Irrthum wurde durch starke Fettentwicklung bedingt; er klärte sich erst bei der Section post mortem auf. Lostrennung der Muskeln links; Freilegung der Wirbelbogen. Geringe Blutung. Ausstopfung der Wunde mit Schwämmen, dann Lostrennung der Muskeln und Freilegung der Wirbelbogen rechts. Blutung hier noch geringer, leicht zu stillen. Der Process. spinos. des 2. Lumbalwirbels wird mit einer Knochen-scheere abgeschnitten und der Bogen trepanirt, durchschnitten und entfernt. Die übrigen Process. spinos. und Wirbelbogen der 1. Lumbal- und 12. und 11. Brustwirbel werden mit Knochenscheere entfernt. A. hält diese Art der Entfernung mit der Knochenscheere für viel schneller, leichter und schonender als die Methode der Trepanation. Entfernung des Fettes über dem Rückenmark; Bloslegung der Dura. Da nichts zu sehen ist, Incision der Dura. Es zeigt sich das Rückenmark und die Cauda aequina von graublauer Farbe und deutlich erweicht. Mit einer Aneurysmanadel lässt sich an der vorderen Fläche nichts finden. Desshalb Schliessung der Wunde. Die Dura wird nicht genäht. Nach 2 Tagen Verbandwechsel, da Cerebrospinal-Flüssigkeit durch den Verband sickerte. Wunde von gutem Aussehn. 18. Januar abermals Verbandwechsel, keine Veränderung im Aeussern der Wunde. Nachmittags 5 Uhr stirbt der Kranke.

Section durch Dr. Ransom.

Bei Erweiterung der Incision auf dem Rücken und Freilegung der Wirbelsäule fand man in der Substanz des Erector spinae rechts von den Lendenwirbeldornfortsätzen 2 Höhlen, welche Echinococcuscysten enthielten und nicht mit der Wirbelsäule in Verbindung standen. Sorgfältige Prüfung der Wirbelsähle zeigt, dass die bei der Operation entfernten Wirbelbogen jene des 11. und 12. Dorsal- und 1. und 2. Lumbalwirbels waren. Die weitere Entfernung des nächsten 10. Dorsalwirbels zeigte auf einmal den Tumor, nach welchem gesucht war. Er erschien als eine weissliche, weiche, käsig aussehende Masse von der Grösse und Form einer Castanie mit der Basis an den Bogen des 10. Dorsalwirbels angeheftet und die Dura mater in der Ausdehnung von 1 Zoll auf ihrer hintern Fläche comprimirend. Mit blossem Auge war seine Natur nicht erkennbar; er brach auf beim Einlegen in Alcohol. Die mikroscopische Untersuchung erwies ihn als eine verkäsende Hydatiden-Cyste, zwischen deren Trümmern zahlreiche Reste typischer Hydatiden-Membran gefunden wurden. Der bei der Operation gemachte Schnitt in der Dura hatte bis $^1/_2$ Zoll vor dem Tumor gereicht und wir waren erstaunt, dass wir sein unteres Ende nicht gesehen hatten, als wir aufwärts unter den 10. Wirbelbogen sahen. Das Rückenmark selbst war sehr abgeflacht und fast auf $^1/_2$ Zolllänge an der Stelle der Compression erweicht. Es war auch sehr weich nach abwärts bis an den Conus medullaris. Oberhalb des Tumors war es für etwa 1 Zoll abnorm weich; in der übrigen Ausdehnung keine makroskop. Veränderung.

Mikroskopische Untersuchung zeigt völlige Zerstörung der Structur des Rückenmarks am Punkt der Compression, sehr ausgedehnte diffuse Veränderung der grauen und weissen Substanz beiderseits 1 Zoll unter jenem Punkte und ähnliche aber weniger ausgesprochene Veränderungen etwa 1 Zoll darüber. Schnitte in der mittleren Dorsal Region zeigten keine bestimmte Degeneration.

Die Hydatiden-Cyste hing eng zusammen mit der Spitze des 10. Wirbelbogens und hatte keine erkennbare Verbindung mit den Cysten in den Muskeln. Im Knochen wurde keine abnorme Höhle gefunden; ebenso auch keine weiteren Hydatiden. Im Gehirn keine Veränderung als leichte chronische Arachnitis.

Es ist möglich, dass auch die Hydatiden-Cysten in den Muskeln Schmerz bereitet und dadurch die Reinheit des Bildes etwas getrübt haben.

Der Fall ist interessant, weil er zeigt, dass der comprimirende Tumor höher sitzen kann, als die Anästhesie oder Paralyse andeuten. Extradurale Tumoren gleichen wahrscheinlich in dieser Hinsicht Wirbeldislocationen, bei welchen, wie Thornburn's Statistik zeigt, die Läsion des Rückenmarks häufig 2 Wirbel höher ist, als die Grenze der Anästhesie. Der Sitz intraduraler Geschwülste kann wahrscheinlich mit grösserer Sicherheit bestimmt werden.

Echinococcus ist im Wirbelcanal selten beobachtet. Neisser sammelte 986 Fälle von Echinococcus, nur 13 davon hatten Cysten im Wirbelcanal. Maguire fand in der Literatur nur 20 Fälle. In den meisten waren mehrere Cysten vorhanden, sodass unser Fall eine Ausnahme macht. In nur 4 Fällen von Maguire befanden sich die Hydatiden innerhalb der Dura; in 2 Fällen waren die Cysticerken in der Rückenmarkssubstanz. Meist sind Echinocokken im Wirbelcanal multipel und extradural. Ihre Differentialdiagnose von gutartigen Geschwülsten (Fibrom, Lipom und andere Cysten) kann zur Zeit nicht gestellt werden. Vorliegender Fall zeigt, dass manche Fälle doch einer Operation zugänglich sein können.

Wichmann.

III. Original-Vereins-Berichte.

Verein ostdeutscher Irren- und Nervenärzte.

(Schluss des Berichtes über die 58. Sitzung zu Breslau am 12. März 1892.)

263) Dr. **Trepinski** (Görlitz). Beitrag zur Kenntniss der Entwickelung der Markscheiden in den Hintersträngen des Rückenmarkes (mit Vorzeigung von Präparaten).

Vortragender hat mit der Weigert-Pal'schen Methode Rückenmarke von Foeten, welche die Maasse zwischen 24 und 47 cm besassen, untersucht, und erstreckte sich die Untersuchung vorläufig auf das Lumbal-, Brust- und untere Halsmark. Hierbei zeigte es sich, dass die ersten markhaltigen Nervenfasern in den Hintersträngen bei Foeten, die etwa die Länge von 24 cm erreicht haben, sich nachweisen lassen. Diese ersten markhaltigen Nervenfasern finden sich auf einem Querschnitt aus dem Lumbalmark derartig vertheilt, dass in einem hinteren seitlichen Abschnitt des Hinterstranges keine Fasern sich vorfinden. Ueber den übrigen Theil desselben liegen sie ziemlich gleichmässig zerstreut.

Im Brust- und unteren Halsmark ist die Vertheilung der markscheidenhaltigen Fasern auf dieser Entwickelungsstufe insofern eine andere, als man

dieselben nur in einem schmalen Streifen neben dem sept. post. und in den äusseren Theilen des Hinterstranges (auch in diesen nicht bis an die hintere Peripherie) vorfindet; zwischen diesen inneren und äusseren Fasern liegt in jeder Hälfte des Hinterstranges eine von markhaltigen Fasern freie Partie, die die Form eines mit der Spitze nach vorne gerichteten Keiles hat. Diese keilförmige Partie findet man bereits im unteren Dorsalmark, die Spitze des Keiles kommt im oberen Dorsal- und im unteren Halsmark mehr nach vorne zu liegen, erreicht aber nirgends die hintere Commissur. Bei Foeten von 28 cm Länge sind auch die hinteren seitlichen Abschnitte des Hinterstranges im Lumbalmark von markscheidenhaltigen Fasern eingenommen. Indessen müssen auch in dem übrigen Theil des Hinterstranges neue Fasern zu dieser Zeit ihre Markscheiden bekommen haben, denn die Zahl der markhaltigen Fasern im Hinterstrang ist jetzt unvergleichlich grösser als auf der soeben besprochenen. Die Zwischenräume zwischen den einzelnen Nervenfasern sind geringer, trotzdem der Hinterstrang in toto an Umfang bedeutend zugenommen hat. Im Brust- und unterem Halsmark finden sich gleichfalls auf dem ganzen Querschnitt markhaltige Fasern und zwar stehen dieselben im unteren und mittleren Dorsalmark in den inneren Partien des Hinterstranges ebenso dicht, wie in den äusseren, und es ist eine Abgrenzung der äusseren Abschnitte gegen den inneren Theil nur dadurch möglich, dass jederseits im Hinterstrang in einer Partie, die die Form eines Streifens besitzt, die markscheidenhaltigen Nervenfasern weniger dicht stehen, diese Partie desswegen heller erscheint und durch ihre Lage gewissermassen die Grenzpartie zwischen dem inneren Theil und den äusseren Abschnitten bildet. Im oberen Brustmark nimmt der innere von den hellen Streifen eingefasste Theil an Umfang zu und stehen nunmehr in ihm die Nervenfasern weniger dicht (sie sind über einen grösseren Raum vertheilt).

Während auf der zuletzt besprochenen Entwickelungsstufe die Vertheilung der markscheidenhaltigen Fasern im Lumbalmark ziemlich gleichmässig war, findet man bei Foeten von ca. 35 cm Länge eine unverhältnissmässig starke Ansammlung von markhaltigen Fasern in dem mittleren Theil des Hinterstranges, so dass dieser Theil vermöge seines reichen Gehaltes an markscheidenhaltigen Fasern recht dunkel erscheint und sich gegen die übrigen Partien des Hinterstranges (die relativ hell erscheinen) abgrenzt. Diese Abgrenzung ist am schärfsten gegen eine innere und eine hintere Partie, weniger deutlich gegen eine vordere Partie ausgesprochen.

Aus diesem Befund geht hervor, dass bei Foeten von ca. 35 cm. Länge in dem mittleren Theil des Hinterstranges zwischen den schon aus den beiden vorhergehenden Entwickelungsstadien vorhandenen markscheidenhaltigen Nervenfasern neue Fasern ihre Markscheiden bekommen. In dem Brust- und unteren Halsmark ist bei Foeten von ca. 35 cm Länge eine Zunahme von markscheidenhaltigen Fasern in den äusseren Theilen des hinteren Abschnittes derselben und in einer inneren neben dem sept. post. gelegenen Partie festzustellen, wesshalb denn auch diese Theile dunkler erscheinen und sich gegen die übrigen Theile deutlich abgrenzen.

Bei Foeten von ca. 42 cm Länge verschwinden die Unterschiede zwischen hellen und dunklen Partien, sowohl im Lumbal- wie im Brust-

und unteren Halsmark, was darauf zurückzuführen ist, dass in den bis dahin hell gebliebenen Theilen um diese Zeit nunmehr auch neue markscheidenhaltige Fasern zwischen den vorher vorhandenen auftauchen. Die Ausbreitung der Fasern auf diesem Entwickelungsstadium im Lumbal- und unteren Halsmark ist in den vorliegenden Präparaten deutlich.

Die Bildung der Markscheiden an den Hinterstrangfasern scheint damit abgeschlossen zu sein.

Um diese Zeit bekommt man auch in der Lissauerschen Randzone markscheidenhaltige Fasern zu sehen; die Zahl derselben ist nicht unbeträchtlich, jedoch sind die freien Zwischenräume noch relativ gross.

Aus den obigen Ausführungen geht nun hervor, dass die in den Hintersträngen verlaufenden Nervenfasern (von der Lissauerschen Randzone, in der auch noch bei Foeten von 42 cm. Länge im Gegensatz zu dem übrigen Hinterstrang nicht alle Fasern die Markscheiden zu besitzen scheinen, abgesehen) ihre Markscheiden in vier Zeitabschnitten bekommen und zwar entsprechen diese Zeitabschnitte den Entwickelungsstadien, in denen die Foeten etwa die Länge von 24, 28, 3., und 42 cm erreichen.

Die den einzelnen Entwickelungsstadien angehörenden Fasern liegen zum Theil gemischt durcheinander, so findet man solche z. B. in dem mittleren Theil des Lumbalhinterstranges aus dem ersten, zweiten und dritten Entwickelungsstadium durcheinander gelagert). Hinsichtlich der Ausbreitung auf dem Querschnitt verhalten sich die einzelnen Faserarten verschieden und ist diese Ausbreitung im Lumbalmark eine andere als im Brust- und unterem Halsmark. Was nun speciell das Verhältniss derjenigen Fasern, die in dem inneren Theil (Goll'schen Strang) zu denjenigen, die in den äusseren Theilen (Burdach'schen Strängen) des Hinterstranges des Brust- und unteren Halsmarkes verlaufen, anbetrifft, so erhalten die Nervenfasern in dem Goll'schen Strang ihre Markscheiden zu denselben Zeiten und in ebenso vielen Zeitabschnitten, wie die Burdach'schen Stränge, es besteht demnach in entwickelungsgeschichtlicher Hinsicht kein principieller Unterschied zwischen den Goll'schen und den Burdach'schen Strängen. Da nun in dem Goll'schen Strang Fasern von langem Verlauf, in den Burdach'schen Strängen auch Fasern von kurzem Verlauf sich finden, so ergiebt sich weiter, dass auch zwischen kurzen und langen Fasern des Hinterstranges kein Unterschied hinsichtlich der Entwickelung der Markscheiden besteht.

Zum Schluss weist der Vortragende auf das Verhältniss der angeführten Befunde zu der Degeneration der Hinterstränge bei der Tabes hin. Die Hinterstränge bei der Tabes können in verschiedener Ausbreitung und verschiedener Intensität erkranken. Nun ist oben angeführt worden, dass auch die den verschiedenen Entwickelungsstadien angehörenden Fasern eine verschiedene Ausbreitung auf dem Querschnitt des Hinterstranges finden. An der Hand dieser Thatsache lässt sich nachweisen, dass bei den verschiedenen Fällen der Tabes Nervenfasern erkranken, die hinsichtlich der Entwickelung ihrer Markscheiden das eine Mal diesem, das andere Mal jenem Entwickelungsstadium angehören. So findet sich in einigen Fällen der Tabes (die gewöhnlich als die Anfangsstadien der Erkrankung angesprochen werden), der mittlere Theil des Hinterstranges besonders erkrankt; es ist nun oben erwähnt worden, dass diese Partie mit von Nervenfasern aus dem dritten

Entwickelungsstadium eingenommen wird. Die Ausbreitung der Degeneration entspricht genau derjenigen, in der sich die Fasern aus dem besagten Entwickelungsstadium vorfinden, so dass angenommen werden kann, zumal in dem Degenerationsbezirk sich viele intacte Fasern finden, dass in diesen Fällen der Tabes gerade diejenigen Fasern erkrankt sind, die in dem dritten Entwicklungsstadium ihre Markscheiden bekommen. Zur Bekräftigung dieser Annahme dient auch der Umstand, dass im Brust- und unteren Halsmark die Erkrankung in dem Goll'schen Strang eine neben dem sept. post. gelegene Partie einnimmt und in den Burdach'schen Strängen den hinteren Abschnitt derselben frei lässt, beides Umstände, die mit der Ausbreitung der Fasern des dritten Entwickelungsstadiums im Brust- und unteren Halsmark im Einklang stehen. In anderen Fällen der Tabes degeneriren die Fasern aus dem dritten und vierten Entwickelungsstadium und es bleiben intact die Fasern, die dem ersten und zweiten Entwickelungsstadium angehören. Es zeigt sich nun, dass der so degenerirte Hinterstrang dasselbe Aussehen hat, wie der aus dem zweiten Entwickelungsstadium, wo gleichfalls die Fasern aus dem dritten und vierten Entwickelungsstadium fehlen, und zwar bezieht sich diese Aehnlichkeit nicht nur auf das Lumbal-, sondern auch auf das Dorsal- und untere Halsmark. In noch anderen Fällen erkranken die Fasern aus dem zweiten und dritten Entwickelungstadium. Bei dieser Combination findet sich sehr intensiv der mittlere Theil des Hinterstranges erkrankt, — es fallen ja hier Fasern aus dem zweiten und dritten Entwickelungsstadium aus und bleiben nur die aus dem ersten stehen — mässig degenerirt ist der hintere Abschnitt des Hinterstranges, wo die Fasern aus dem vierten Entwickelungsstadium intact bleiben. Im Brust- und unteren Halsmark findet sich entsprechend der Ausbreitung der Fasern aus diesen beiden Entwickelungsstadien die intensivste Degeneration in der mittleren Partie des Goll'schen Stranges, der übrige Theil dieses Stranges ist nur mässig erkrankt; in den Burdach'schen Strängen sind auch die hinteren Abschnitte derselben nunmehr erkrankt. Es geht aus dem Obigen hervor, dass die Verschiedenheit in der Ausbreitung und Intensität der Degeneration in dem Hinterstrang bei der Tabes darauf beruht, dass die Erkrankung Fasern bald aus diesem, bald aus jenem Entwickelungsstadium ergreift; dabei können Fasern, die verschiedenen Entwickelungsstadien angehören, combinirt erkranken. Wollte man nun die Fasern, die zu einer bestimmten Zeit ihre Markscheiden erhalten, als zu einem System gehörig auffassen (wobei noch einmal darauf hingewiesen sein mag, dass zu einer und derselben Zeit Fasern, die verschiedenen Verlauf in dem Hinterstrang zeigen, ihre Markscheiden bekommen), so wäre die Tabes eine Systemerkrankung, und zwar wohl in den meisten Fällen eine combinirte Systemerkrankung.

(Autoreferat.)

Discussion: Herr H. Sachs erwähnt, dass Prof. Flechsig auf der letzten Naturforscherversammlung Präparate vom Embryo und von einem Tabeskranken gezeigt habe, bei welchen im ersten Falle die Fasern des dritten Entwickelungsstadiums entwickelt, im zweiten Falle die Fasern gerade an derselben Stelle degenerirt waren. Er bittet ferner den Vortr. um genauere Auskunft über das von dem Vortr. erwähnte Verfahren der Erhitzung der Präparate.

Herr Trepinsky: Die Präparate sind im Laboratorium der psychiatrischen Klinik zu Leipzig angefertigt. Prof. Flechsig hat in Halle ähnliche Präparate zur Verfügung gehabt.

Die Präparate werden in der Haematoxylinlösung im Brütofen erwärmt.

Prof. **Pick**-Prag: „Ueber die Combination hysterischer und organisch bedingter Störungen in den Functionen des Auges."

Der Vortrag, dessen Mittheilung bei Abwesenheit des Verfassers durch den Vorsitzenden übernommen worden war, wird anderweitig in extenso veröffentlicht werden.

Dr. **Freund**-Breslau demonstrirt „Schemata zur Eintragung von Sensibilitätsbefunden." Dieselben werden demnächst im Verlage von August Hirschwald in Berlin erscheinen. (Ist geschehen. Red.)

Dr. **Hahn**-Breslau demonstrirt Photographien von Frontalschnitten durch eine Gehirnhemisphäre, welche eine zwei- bis dreifache Vergrösserung haben. Die Schnitte sind nach der von Dr. Sachs in dessen neu erschienenem Werke über das Hemisphärenmark des Grosshirns unter Zugrundelegung der Pal'schen Methode angegebenen Weise differenzirt.

264) Dr. Heinrich **Sachs**-Breslau berichtet unter Vorzeigung von Präparaten aus der Hirnrinde über eine von dem verstorbenen Collegen Lissauer gefundene Abänderung der Weigert'schen Markscheidenfärbung. Die möglichst dünnen Schnitte des in Müller'scher Lösung gehärteten Organs werden — ungekupfert — in einer 1%igen Chromsäurelösung vorsichtig so lange erhitzt, bis die Flüssigkeit eben die ersten Blasen aufsteigen lässt, dann ganz flüchtig in Wasser abgespült und in Weigert'scher Haematoxylinlösung ebenfalls vorsichtig bis zur Blasenbildung erhitzt. Die Schnitte werden dann in der von Pal angegebenen Weise mit übermangansaurem Kalium und schwefliger Säure entfärbt. Die Fasern färben sich bei dieser Methode tief schwarz und treten ungemein scharf hervor. Auch wenn die vorhergegangene Härtung nicht sehr sorgfältig geschehen war, lässt die Methode nicht im Stich. Es scheint, dass dieselbe auch schon bei nur kurze Zeit in Müller'scher Lösung gehärteten Gehirnen brauchbare Resultate ergibt; die Versuche hierüber sind noch nicht abgeschlossen. Neisser.

IV. Bibliographie.

265) **Dr. Schäfer-Brieg.** Ein Wort zum Schutze geisteskranker Soldaten. (Verlag von Lutz, Stuttgart 1892.)

Dieses Buch, welches abgesehen von übersichtlichen Zusammenstellungen betr. Selbstmord und Geisteskrankheit in der Armee dem Irrenarzte nichts Neues bietet, ist von der grössten aktuellen Bedeutung dadurch, dass in ihm eine bessere psychiatrische Bildung wenigstens eines Theiles der prakt. Aerzte, nämlich derjenigen, welche die höhere militärärztliche Laufbahn betreten wollen, verlangt wird. Wer die praktischen Verhältnisse des militärärztlichen Standes kennt, muss anerkennen, dass Schäfer nach seiner scharfen Kritik seine Forderungen in sehr geschickter und praktisch durchzuführender

Weise dem Bestehenden anpasst. Pag. 113. „Zu den Aufgaben der Fortbildungskurse für Militärärzte wird ein praktischer Cursus in der klinischen Psychiatrie hinzugefügt. Die Dauer der Kurse wird entsprechend verlängert. Den Prüfungsgegenständen der zur Erlangung der Befähigung für die höhere militärärztliche Laufbahn abzulegenden Prüfung wird die Psychiatrie hinzugefügt."

Wir müssen uns aber klar werden, dass diese gemässigte Forderung nur ein Surrogat ist für die einfache und consequente Massregel dass jeder Arzt in Psychiatrie unterrichtet und geprüft wird. Es sollten endlich dem Staate die Augen darüber geöffnet werden, dass der psychiatrischen Unwissenheit der Mehrzahl der Aerzte eine grosse Menge von Unzuträglichkeiten und socialem Elend entspringt.

Wie kann man den Krankenversicherungen gegenüber die schwierigen Fragen über Simulation, Neurasthenie, traumatische Neurosen etc entscheiden ohne eine tüchtige psychiatrische Vorbildung? Welchen Jammer muss der Irrenarzt oft erleben in den Anamnesen der Paralytiker: Ruin des Vermögens, Compromittirung der Familie durch Excesse, Verurtheilungen — Und warum? Weil die Hausärzte fast ohne jede psychiatrische Vorbildung sind und sich dsm ganzen Unheil gegenüber als blind erwiesen haben. Schuld daran ist nicht der einzelne Arzt, sondern der Staat, welcher es versäumt hat die Prüfung in der Psychiatrie durch erfahrene Fachvertreter obligatorisch zu machen. Dann die Verkennung psychiatrischer Zustände bei Schulkindern! — Da die Einführung von pädagogischen Schulärzten wohl ein hoffnungsloser Traum ist, könnten wenigstens die Hausärzte manches Unglück vermeiden. Aber der Staat lässt sie ja ganz ohne psychiatrische Bildung. Im besten Falle hat ein praktischer Arzt, wenn er als Student besonders strebsam war, in der Klinik einige typische Bilder gesehen und reiht dann Alles, was ihm in Praxi von groben Störungen entgegentritt, nach ungefährer Aehnlichkeit in seine Schemata ein.

Am consequentesten ist es, wenn sich practische Aerzte, wie es neuerdings erfreulicher Weise manchmal vorgekommen sein soll, den geistigen Erkrankungen gegenüber einfach für incompetent erklären.

Was Schäfer sagt, ist richtig, aber es ist zu wenig: Die Psychiatrie muss obligatorisches Examensfach für alle practischen Aerzte werden! Sommer (Würzburg).

---

266) **H. Schmidkunz:** Psychologie der Suggestion. Mit ärztlich-psychologischen Ergänzungen von Dr. F. C. Gerster.

(Stuttgart, F. Enke 1892. 403 S. 8°.)

In einem stattlichen Bande findet sich fast alles gesammelt und in origineller Weise verarbeitet, was die neuere Litteratur des Hypnotismus seit Braid und Liégeois producirt hat, so dass Schmidkunz's Buch wohl das vollständigste Repertorium der Thatsachen auf hypnotischem Gebiete darstellt. Nur wenige Lücken hat das Quellenstudium des Verfassers gelassen, so hat er Hack Tuke's „Mind and Body" offenbar nicht gelesen; zur vollständigen Orientirung auf dem Gebiet der Thatsachen des Hypnotismus können wir das Buch unsern Lesern dringend empfehlen.

Etwas anderes ist es mit den theoretischen Ausführungen des Verfassers. Eine gründliche psychologische Analyse der hypnotischen Erschein-

ungen giebt S., trotz aller Anläufe dazu, nicht. Das kann ihm nicht zum Vorwurf gemacht werden, da offenbar das Problem selbst mit den heut vorhandenen Mitteln exacter Forschung nicht hinreichend bearbeitet werden kann. Wenn nun aber die heutige wissenschaftliche Psychophysiologie die Erscheinungen der Hypnose nicht erklären kann, so sind die Hypnotiker noch weniger berufen, in den Thatsachen des Hypnotismus den Schlüssel zur ganzen Psychologie zu sehen. Und Schmidkunz sieht mit Bernheim in der Lehre von der Suggestion geradezu eine Revolution für die Psychologie, da sie bald für die Psychologie das sein wird, was die Lehre vom Magnetismus für die Physik ist.

In der Abmessung der Tragweite der suggestiven Zustände ist der Verfasser mehr von Enthusiasmus und Glauben, als von ruhiger Kritik geleitet. Welche Rolle der Glaube, versetzt mit ein wenig Aberglauben, bei ihm spielt, das zeigt sein „Bekenntniss des Glaubens an die unmittelbare Gedankenübertragung“, an „Fernwirkung von Mensch zu Mensch abseits von dem gewöhnlichen Sinneswege“, vermittelt durch eine den Menschen umgebende dynamische Atmosphäre. Consequentermassen sieht S. dann auch in den hypnotischen und suggestiven Zuständen etwas höherwerthiges, „worin die verschiedenen psychischen Energieen gesteigert sind,“ und nennt die Erhöhung der psychischen Energie (neben Dissociirung und Isolirung) als wesentlichstes Merkmal dieser Zustände. (p. 240).

Sehr eingehend behandelt S. im vierten Theil seines Werks — der erste bringt die „Beschreibung der Suggestion“, der zweite behandelt „die Hypnose“, der dritte die „Erklärung der Suggestion“ — die Anwendung der Suggestion. Hier erfahren wir (p. 253), dass „der Hypnotismus es ist, der unsere Seele aus einem materialistischen Dienerrange emporhebt zu einer geistigen Selbständigkeit; der Hypnotismus spricht für die Unsterblichkeit der Seele“. Den posthypnotischen Suggestionen soll, als Garantie der Unsterblichkeit, die postvitale Suggestion entsprechen. Auch die Ethik, die Kunst, ja die ganze Weltentwicklung wird schliesslich zu einer Wirkung der Suggestion, indem psychische Bilder sich in ihnen verkörpern. Diese Auffassung soll die heutige Biologie von dem Materialismus erlösen, und schliesslich soll die Suggestionstheorie der Sieger sein in der kommenden Entscheidungsschlacht gegen den Materialismus.

So erscheint S. die ganze Menschheit und die ganze Welt in einen tiefen hypnotischen Schaf versenkt, in dem alle Erscheinungen, alle Thatsachen nur uns und ihr suggerirt sind. Sollten diese Anschauungen in der modernen Weltanschauung wirklich demnächst einmal siegen, so würde uns allerdings eine Zeit tiefen Dusels bevorstehen und die Aerzte, besonders die dem Hypnotismus zugewandten, würden gut thun, sich und Andern die Augen möglichst offenzuhalten.

Es ist zu bedauern, dass S.'s redliches Bemühen und grosse Arbeitsleistung zu so dämmerhaften Resultaten führt; wie der Mesmerismus, so scheint der moderne Hypnotismus berufen, nicht die Psychophysiologie zu fördern, sondern in Spiritismus, Aberglauben, Täuschung, Schwindel und Ausbeutung derer, die nicht alle werden, zu enden.

Kurella.

---

267) **Jules Soury:** Les fonctions du cerveau.

(Bureaux du progrès medical, Lecrosnier et Babé, 1891.)

Für einen späteren Culturhistoriker wird vielleicht das Studium der Geschichte der Localisationstheorien von grösstem Interesse sein. Während wir oft nur an eine intellectuelle Differenz der Meinungen glauben, wird sich später dem unbefangenen Auge der Streit über die Localisationstheorien vermuthlich als ein Aneinanderprallen uralter philosophischer Grundrichtungen zeigen. — Gegenwärtig muss sich jedoch eine Geschichte der Localisationstheorien noch darauf beschränken, wie es in dem Buch von Soury geschehen ist, die einfache Aufeinanderfolge der wissenschaftlichen Aeusserungen in dieser Frage unparteiisch darzustellen. Diese zusammenfassende Kennzeichnung der Lehren und ihrer chronologischen Verhältnisse muss allen naturwissenschaftlich Gebildeten, welche sich für die Localisationslehre interessiren, bestens empfohlen werden. — Die genetische Auffassung des Verfassers tritt schon in seiner Eintheilung hervor, welche zwei Schulen, l'école de Strassbourg et l'école italienne, in den Vordergrund stellt und die allmähliche Entwickelung der Probleme in's Auge fasst. Der Verfasser geht also nicht von den fertigen Meinungen der Gegenwart, sondern von den anfänglichen Formen des noch gegenwärtig vorhandenen Streites aus, eine Methode, welche für eine orientirende Darstellung die einzig richtige ist. In Bezug auf den Streit der beiden Richtungen scheint mir S. nicht genug hervorzuheben, dass es sich dabei gegenwärtig weniger um Thatsachen als um die Auslegung von Thatsachen handelt und dass sich die sogenannten Gegner der Localisationstheorien nicht gegen Beobachtungen, wohl aber gegen eine speculative Hypothesenbildung und eine materialistische Metaphysik auf Grund der Beobachtungen — wenden.

Sommer (Würzburg.)

---

268) **Paul Moebius** (Pseudonym: Dr. J. Paul): Ueber die drei Wege des Denkens.

(Leipzig, Wigand 1891.)

Dieses Buch ist dem Andenken G. Th. Fechner's gewidmet.

Es ist kein Lehrbuch, sondern ein Wegweiser, welcher anzeigt, auf welchen verschiedenen Wegen man dem Ziel der Wissenschaft: der Erkenntniss des Wirklichen zustreben kann. — Es ist ein beachtenswerthes Zeichen der Zeit, dass einer der besten Führer in der Neurologie und in den psychiatrischen Grenzgebieten diese Bahnen wandelt. Nach einer kurzen Analyse der seelischen Grundgeschehnisse (cfr. Absch. I.) Wollen, Nichtwollen, — Lust, Unlust, — Wahrnehmen, — Vorstellen, Bewusstsein, — wobei das Ausgehen vom Wollen characteristisch ist — wendet sich Moebius (Abschnitt II. u. III.) zur Analyse unserer Anschauungen von der Welt (pag. 38): „Der natürliche Mensch sieht die Dinge, wie sie für ihn sind: Sie treten seinem Wollen entgegen und werden als Subjecte seines Wollens aufgefasst." Wir beseelen die Naturgegenstände in der Anschauung mit dem aus uns selbst genommenen Inhalt. Das ist der Anthropomorphismus, der Urquell alles Irrthums und aller Aesthetik. „Dieser Auffassung tritt nun eine zweite entgegen, welche von der Beziehung der Dinge auf unseren Willen absieht, d. h. bei dem Ding für uns von dem „für uns"

abstrahirt und die Gegenstände des Wollens (die Objecte) an sich (objectiv) betrachtet.“ – Diese beiden Ansichten, die anthropopathische und die naturwissenschaftlich-physikalische liegen bis in die Gegenwart im Kampfe. „Je weiter die Naturerkenntniss fortschreitet, um so freier wird ihre Auffassung von Beziehungen auf menschliches Wollen.“ Allmählich wird die Wissenschaft ganz von der Beziehung auf das menschliche Subject losgelöst. „Bewegung der Natur im Raume ist die Natur und Erkenntniss der Gesetze dieser Bewegung ist die Naturwissenschaft“ (pag. 21). „Die allgemeine Bedeutung der Atomistik beruht darauf, dass durch ihre Einführung die ganze Naturwissenschaft theoretisch reine Atomistik wird.“ Allerdings ist das nur ein ideales Ziel, in Wirklichkeit sind wir vielen Naturerzeheinungen gegenüber noch ganz im Zustand atomistischer Unwissenheit, so ist ja die Rückführungvon psychischen Erkrankungen auf materielle Gehirnveränderungen mit ganz geringen Ausnahmen (Paralyse, Alcoholismus etc.) nur eine spätere Möglichkeit, nicht aber eine fertige Wirklichkeit. M. erörtert nun kurz die Grundbegriffe der m e c h a n i s c h e n Naturbetrachtung: Materie, Substanz, Kraft, Causalität. Der Schwerpunkt von M.'s Ausführung liegt in der kritischen Beschränkung der verschiedenen Betrachtungsweisen. Die physikalische Weltanschauung wird einseitig und dogmatisch, wenn sie das Subject, das „Ich“, von welchem die atomistische Welt vorgestellt wird, vergisst. (pag. 30.). „Dadurch, dass die zweite Ansicht von dem „für uns“ absieht, kann sie es nicht aus der Welt schaffen und am Ende angekommen, muss sie sich erinnern, dass das Ich, welches sie vergessen hatte, noch da ist.“ Die landläufige Auffassung der Gehirnfunctionen kehrt sich allerdings überhaupt nicht an diese strengen Grenzscheidungen und wirft psychologische und physikalische Begriffe durcheinander, z. B. wenn sie Vorstellungen in Zellen sitzen“ lässt; sie nimmt ferner an, „dass unter geeigneten Umständen auf materielle Bewegungen ein Wollen in causaler Verknüpfung folge und umgekehrt“ (p. 31). M.'s Ausführungen sind ein Protest gegen die Vermischung der Stilarten in der Gehirnphysiologie: er verlangt einerseits eine reine hypothesenfreie Naturwissenschaft, in welche z. B. alle Beobachtungen über isolirte psychische Ausfallserscheinungen nach herdartigen Gehirnzerstörungen hineingehören, anderseits eine unverfälschte nicht mit mechanischen Begriffen versetzte Darstellung des psychologischen Geschehens. Wer sich für den Unterschied zwischen den klinischen Thatsachen der Gehirnpathologie einerseits und Localisations t h e o r i e n anderseits interessirt, sei auf diese kurzen Sätze von Moebius (p. 30—33) hingewiesen. Um der „transcendenten Causalität“, dieser Vermischung von Geistigem und Materiellem zu entgehen, weist nun Moebius den dritten Weg, dessen Verfolgung wir dem Studium der hoffentlich zahlreichen Leser des kleinen Buches überlassen wollen.: — Die Angelpunkte der Ausführungen liegen in folgenden zwei Sätzen I. (pag. 36): Das Mittel und zwar das einzige Mittel, widersinnigen Folgerungen auszuweichen, besteht darin, den psychophysischen Parallelismus zu einem allgemeinen zu machen. — II. (p. 3.): Die wahre Erklärung des Parallelismus kann nur die sein, dass das, was für uns Bewusstsein, d. h. Wollen ist, für Andere Bewegung der Materie ist, und umgekehrt, dass die Bewegung der Materie an und für sich Bewusstsein ist.“

S o m m e r (Würzburg).

270) **v. Krafft-Ebing:** Neue Forschungen auf dem Gebiet der Psychopathia sexualis. II. Auflage.

(Verlag von Enke-Stuttgart 1891.)

Besprechungen über eine Auflage eines Buches über Psychopathia sexualis kommen meistentheils zu spät, weil die betreffende Auflage vorher vergriffen ist. Angesichts der grossen Verbreitung dieser Lectüre auch bei Nichtmedicinern fragt sich jeder Irrenarzt, wie sie wirkt. Es ist interessant, aus den autobiographischen Mittheilungen, welche v. Krafft seine Patienten machen lässt, diese Frage zu beantworten. Ein Kranker urtheilt (cfr. p. 9): „Ueberhaupt scheint mir, dass die Schriften des Sacher-Masoch viel zur Entwickelung dieser Perversion bei Disponirten beigetragen haben." — Ein anderer schreibt (cfr. pag. 19): „Die Lectüre der neuen Forschungen machte, wie Sie sich denken können, einen ungeheuren Eindruck auf mich und wie sehr ich selbst echter Masochist bin, ersah ich am besten daraus, dass die Lectüre der Pferdeträume mir Erectionen erzeugte. Dennoch möchte ich an eine Heilung, sozusagen an eine Heilung durch Logik, glauben, nach dem Motto: tout comprendre c'est tout guérir." . . . .

. . . . „Thatsächlich habe ich auch seit der Lectüre „der neuen Forschungen" nicht ein einziges Mal mehr geschwelgt, obwohl die masochistischen Anwandlungen selbst sich in den regelmässigen Intervallen einstellen." Derselbe Kranke sagt vorher: „Ich glaube daher behaupten zu können, dass die Lectüre der erwähnten Bücher ein ausgezeichnetes homöopathisches Mittel gegen den Masochismus darstellt." In Beobachtung 7 (pag. 29) heisst es: „Lectüre, die in die sexuelle Sphäre des Patienten fällt, regt ihn ausserordentlich auf, so z. B wird er von der „Venus im Pelz" von Sacher-Masoch so erregt, dass etc." —

Nach Vergleich einer Reihe von anderen Stellen scheint es mir, dass an eine directe multiplicirende Wirkung der Bücher über die vita sexualis auf die sexuellen Perversitäten nicht zu denken ist, sondern dass sich die Disponirten auch aus den gleichgiltigsten Dingen speciell bei der Lectüre Nahrung für ihren perversen Trieb ziehen, z. B.: (pag 15) „Bei der Lectüre von „Onkel Tom's Hütte", welches Werk ich etwa z. Z. der eintretenden Pubertät las, etc." — Sommer (Würzburg).

V. Zur Tagesgeschichte.

— **Theodor Meynert,** gestorben am 1. Juni 1892.

Die Bemühungen Meynert's um die Fortschritte der Psychiatrie sind so bekannt, dass es unpassend erscheint, im Einzelnen an seine Leistungen zu erinnern. Wir wollen das Andenken des Todten lieber feiern, indem wir die principielle Bedeutung seines Wirkens deutlich herausheben. Meynert erfasste als die Hauptaufgabe der psychiatrischen Wissenschaft, die Gehirnvorgänge und -Zustände zu erforschen, welche den inneren psychischen Wahrnehmungen entsprechen. Diese anatomische oder im weiteren Sinne atomistische Betrachtungsweise bildet das unzerreissbare Band zwischen Neurologie und Psychiatrie. Wenn wir auch in diesem Blatt gerade der psychologischen und socialen Seite der Psychiatrie die gehörige Beachtung

schenken, so halten wir doch Meynert's Vermächtniss hoch und betrachten seinen Namen als ein Wahrzeichen, dass im Gegensatz zu allen einseitigen psychologisch-psychiatrischen oder anatomisch-neurologischen Bestrebungen Nervenheilkunde und Psychiatrie untrennbar verbunden bleiben sollen. Sommer.

— **Der IV. internationale Congress gegen den Missbrauch alkoholischer Getränke** wird in diesem Jahre im Königreich der Niederlande stattfinden gemäss der Bestimmung, welche am 5. September 1890 in Christiania bei dem III. Congress getroffen wurde. Die Discussionen werden unter folgende Rubriken gebracht werden: 1. Der Alkoholismus in moralischer, hygienischer und medicinischer Hinsicht, 2. die in Anwendung gebrachten präventiven und Ueberzeugungsmittel zur Bekämpfung des Missbrauches alkoholartiger Getränke: die Vereine, die Presse, die Volkslustbarkeiten; 3. die Zwangsmittel, die den Gesetzgebern und Magistraten zu Gebote stehen zur Bekämpfung oder Ausrottung der Trunksucht. Als Organisations-Commission zeichnet: Heemskerk, Ruijsch, E. J. W. Koch.

— **Congress für criminelle Anthropologie.** Für diejenigen Mitarbeiter und Leser unseres Blattes, welche nach Brüssel gehen, worüber mir mehrere Zuschriften zugegangen sind, theile ich mit, dass Herr Dr. Kurella als Berichterstatter des Blattes hingeht. Vielleicht setzen sich die betreffenden Herren mit Herrn Dr. K. zum Zweck eines näheren Zusammenschlusses in Verbindung. Sommer.

— **Dr. Leegaard** in Christiania ist vor Kurzem von einem seiner Patienten, der an Paranoia litt, zum Objecte eines Attentats gemacht worden. Nach einer Consultation zog Pat. einen Revolver aus der Tasche und gab auf zwei Schritte Feuer. Die Uhr des Arztes wurde von der Kugel getroffen, Dr. L. aber nur leicht blessirt, worauf er den Pat. nach heftigem Kampf entwaffnen konnte. Die Kugel wurde in den Kleidern gefunden. In dem Revolver waren noch fünf Patronen. Pat entlief, wurde aber bald wiedergefunden und festgesetzt. Dedichen.

Nachtrag:

Zur Symptomatologie der Tabes:

In Fällen, in denen es nicht gelingt, durch blosses Beklopfen der Sehne oder unter Vornahme gleichzeitiger willkürlicher Muskelcontractionen an den oberen Extremitäten nach Jendrassik den Patellarreflex hervorzurufen, weil gleichzeitig mit der verstärkten Spannung der Flexoren der Arme auch willkürliche Contractionen in den Flexoren der unteren Extremitäten auftreten, die natürlich die Auslösung des Reflexes unmöglich machen, kann man, wenn überhaupt ein Reflex vorhanden ist, ihn dadurch erzielen, dass man den Untersuchten mit lauter Stimme schnell vorlesen lässt und während des Lesens die Sehnen beklopft. Durch den Act des Lesens wird nämlich die Aufmerksamkeit so in Anspruch genommen, dass jede Hemmung von Seiten des Gehirns und jede willkürliche Muskelspannung in Fortfall kommt. Erst wenn trotz der erwähnten Vorsichtsmassregel der Reflex ausbleibt, kann man annehmen, dass er wirklich erloschen ist.

Prof. Rosenbach.

Inhalt des Juli-Hefts.

I. Originalien.

II. Referate u. Kritiken.

1. Pathologie.

a) Gehirn.

b) Rückenmark und periphere Nerven.

c) Neurosen und anderes.

2. Therapie.

Buchdruckerei von Kindt & Meinardus, Coblenz.

CENTRALBLATT

für

Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Internationale Monatsschrift

für die

gesammte Neurologie in Wissenschaft und Praxis mit besonderer Berücksichtigung der Degenerations-Anthropologie.

XV. Jahrgang. 1892 August. Neue Folge III. Band.

I. Originalien.

I.

Psychische Epidemie, Hysterie und Hypnotismus

Von Prof. Rieger.

(Schluss.)

Zu vorstehender Mittheilung gestatte ich mir noch folgende Bemerkungen:

Ich hatte Dr. Palmer gebeten, seine Beobachtungen ohne jede Rücksicht auf frühere Veröffentlichungen anderer ganz unbefangen wiederzugeben, und bin sehr erfreut darüber, dass er diese Bitte erfüllt hat. Die Unmittelbarkeit seiner Schilderungen hätte nur verlieren können durch Bezugnahme auf fremde Sätze. So gibt nun der Aufsatz auch ein getreues Bild von der mehr humoral-pathologischen Auffassung derjenigen Aerzte, welche den neurologischen Specialitäten ferner stehen. Aus ihr entspringen auch die von Dr. Palmer weiterhin gemachten vortrefflichen hygienischen Vorschläge, um die hauptsächlich angeschuldigte „Bleichsucht und Blutarmuth“ zu bekämpfen. Ich für meine Person kann nun freilich den geschilderten Thatsachen gegenüber vor allem nicht ohne den Begriff „Hysterie“ auskommen, der bemerkenswerther Weise in den obigen Auseinandersetzungen nirgends vorkommt. Und so wird es jedem specialistischen Fachcollegen gehen. Ob dann die Mädchen blutarm weil hysterisch oder hysterisch weil blutarm waren, lassen wir als vorläufig unlösbare Frage dahingestellt. Nun kann ich es aber auch keinem Practiker im Mindesten verargen, wenn er von diesem Begriff: „Hysterie“ nicht gerne etwas wissen will. Etymologisch betrachtet ist er allmählich sinnlos geworden, weil Niemand mehr dabei an die hystera, den uterus, denkt. Wenn man nun aber die „Hysterie“ nicht mehr an den Uterus knüpfen kann, der wenigstens etwas Greifbares und Fassliches war, wie soll man sich dann überhaupt über sie verständigen? Da bleibt leider nichts anderes übrig, als eine physiologisch-psychologische

Definition von ihr zu versuchen, wie solche in der Medicin im Allgemeinen und mit Recht sehr in Misscredit gekommen sind. Vorausgesetzt dass man den Begriff nicht ganz wegwerfen und mit vielen anderen in die historische Rumpelkammer werfen will. Dem Worte Hysterie wünschte ich allerdings lebhaft letzteres Schicksal. Es ist geradezu widerwärtig besonders auch wegen seiner Unbrauchbarkeit für die Zwecke der Verständigung mit dem Publikum. Und doch wäre eine Belehrung über die Frage, die der Arzt mit den Worten: hysterisch oder nicht hysterisch? formulirt, häufig so nothwendig. Bedient man sich nun aber des Wortes „hysterisch" bei dem Versuch, etwa einer besorgten Mutter die beruhigende Mittheilung zu machen, dass die scheinbar sehr bedenklichen Zustände ihres Kindes weder schwerere epileptische noch solche ernsthafterer Geisteskrankheit seien, so hat das Wort hysterisch, das ja ein Trostwort, eine Bezeichnung für das geringere Uebel sein soll, in der Regel ganz verkehrte Folgen. Z. B. tauchen häufig gerade im Hirn gebildeterer Mütter alle möglichen sexuellen Nebengedanken beim Hören dieses Wortes auf und machen sie confus. Und so geht es überall. Viele nehmen es bekanntlich für eine Beleidigung, weil sie glauben, man wolle damit sagen, sie seien gar nicht krank, sondern „thun nur so." Kurz, man verursacht mit dem Wort überall nur Aergerniss, während es doch, richtig aufgefasst, in der Regel vermöge der dadurch bezeichneten Exclusion schlimmerer Zustände das beste Trostwort sein könnte.

Aber den Symptomencomplex, das „Syndrom", für welches die ärztliche Sprache an dem Wort „Hysterie" nur leider einen so unpassenden Ausdruck hat, können wir doch in der Diagnostik absolut nicht entbehren. Ich will das Wort „Hysterie" von jetzt ab zwischen Gänsefüsschen setzen in der Hoffnung, dass es gelingen wird, auf diese Weise es allmählich aus der ärztlichen Sprache hinauszuschaffen. Denn wie neue Worte zwischen Gänsefüsschen ihren Einzug in die Sprache halten, so kann man sie durch diese, welche das Zeichen für das Wort sogenannt sind, allmählich auch wieder aus der Sprache hinausgeleiten. Nur müsste vor der endgiltigen Verabschiedung des Wortes „Hysterie" vorher ein passendes Ersatzwort gefunden sein, was mir noch nicht gelungen ist. Wer ein solches zu finden und einzubürgern versteht, der wird sich ein wirkliches Verdienst um die diagnostische Wissenschaft erwerben und sein sprachliches Geschöpf wird ein sehr vielgebrauchtes werden, da die daran sich knüpfende diagnostische Frage erst dann vollends recht eine der wichtigsten sein wird, wenn sie sprachlich gereinigt ist von dem widerlichen Beigeschmack, der dem alten Wort anhaftet. Möge also diese wünschenswerthe Umtaufung bald vorgenommen werden!

So viel vom Wort. Zur Sache ist vor allem Folgendes zu sagen: Möbius, der ganz die gleichen Betrachtungen, wie ich soeben, über das Wort angestellt hat, jedoch mit dem resignirten Schluss, man müsse das historische „Hysterisch" nun einmal nehmen wie es ist, da man neue Worte nicht schaffen könne: Möbius hat in diesem Centralblatt (Jahrg. 1888, S. 66 ff) eine Definition der „Hysterie" gegeben, wie eine solche nach dem Stand der Sache einfach unentbehrlich ist, und zwar folgende: „Hysterisch sind alle diejenigen krankhaften Veränderungen des Körpers, welche durch Vorstellungen verursacht sind."

Damit ist die „Hysterie" als die ächteste und reinste „Geisteskrankheit" gekennzeichnet, „ächtest und reinst" nicht bloss elativisch, sondern ganz superlativisch genommen und zwar in dem Sinne, dass hier der „Geist" den „Körper" krank macht. Dies trifft gerade für diejenigen Krankheiten, die man als „Geisteskrankheiten" im engeren Sinne bezeichnet, nicht zu. Denn diese haben zwar „psychische" Symptome, aber durchaus keine „psychischen" Ursachen. Die „Hysterie" hat aber letztere in ausgezeichnetem Grade insofern, als wenigstens die Gestaltung ihrer Ausbrüche und Erscheinungen ganz abhängt von psychischen Eindrücken. Nur die hysterische Anlage muss schon vorhanden sein. In diesem Sinne sind nun freilich die hysterischen Affectionen „eingebildete" Zustände. Aber die „Einbildungen" sind eben auch etwas sehr ernsthaft Pathologisches.

Die Nothwendigkeit, im „hysterischen" Krankheitscharacter etwas anzuerkennen, was sich sonst nirgends findet, ergab sich mir in den letzten Jahren ganz von selbst, als ich meinen „Leitfaden zur psychiatrischen Klinik"*) für meine Zuhörer schrieb, in welchem ich nach Aufzählung aller psychischen Krankheitssymptome am Schlusse folgenden Satz auszusprechen hatte: „Vieles, was beim „hysterischen Irrsinn" beobachtet wird, kommt sonst in der Psychiatrie nicht vor. Der „hysterische Character" ist etwas Specifisches, bei den anderen Formen von Geisteskrankheit nicht Wiederzufindendes" Die Richtigkeit dieses Satzes habe ich seither fortwährend geprüft und ihn immer mehr bestätigt gefunden. Um ihm einen bestimmten Inhalt zu geben, dazu nehme ich sehr gerne die oben citirte Definition von Möbius an, die dem Bedürfniss völlig genügt. Durch sie ist eine Grundlage der Verständigung geschaffen, die, wenn vollends das von mir ersehnte weniger unerfreuliche Wort vorhanden wäre, die betr. Fragen vernünftig zu discutiren ermöglichte. Legt man die Definition als Massstab an die Mittheilungen Dr Palmer's, so sieht man, dass sie darauf vortrefflich passt. Palmer sagt rein vom Standpunkt des gesunden Menschenverstandes und der allgemeinen ärztlichen Erfahrung ganz das Gleiche, wenn er auch das Wort „Hysterie" gar nie braucht. —

Die Beziehungen der „Hysterie" zum Hypnotismus gewinnen durch die Definition von Möbius auch sehr an Einfachheit und zwar so sehr, dass sie jeder Leser sich selbst ausdenken kann und ich den geringen mir hier zur Verfügung stehenden Raum nicht an ein überflüssiges Ausspinnen dieser selbstverständlichen Gedanken verschwenden will. Ich will vielmehr noch auf einen Punkt aufmerksam machen, der mir der wichtigste bei der Betrachtung der Thatsachen des sog. „Hypnotismus" zu sein scheint. Diejenigen, welche nichts davon wissen wollen, dass man zuerst „hysterisch" sein müsse, um hypnotisch werden zu können, berufen sich darauf, dass in Nancy unter den gewöhnlichen Spitalinsassen sich achtzig Procent hypnotisirbar erwiesen haben. Ich habe schon in meinem oben angeführten Artikel erwähnt, dass Jemand zur Erklärung dieser auffallenden Thatsache die Behauptung aufgestellt hat, die Bevölkerung von Nancy sei überhaupt in so hohem Grade abnorm veranlagt. Ich habe damals schon bemerkt, dass

*) Gedruckt Würzburg 1889, im Buchhandel nicht erschienen.

dies doch sehr schwer zu beweisen sein dürfte. Andrerseits leuchtet aber auch wohl Jedermann sofort ein, dass das Resultat ganz anders ausfiele, wenn man folgenden Versuch anstellte: Man schickt den erfolgreichsten Hypnotiseur zum ersten Mal in hundert verschiedene ausser Verbindung stehende Dörfer und controlirt strenge, dass er an jedem Ort nur ein einziges beliebiges Individuum zu hypnotisiren versuchen darf. Dass hierbei höchstens ein oder zwei Procent Erfolge herauskommen werden, ist a priori völlig klar, und diese werden dann eben dem Umstand zu verdanken sein, dass zufällig hysterische Personen angetroffen wurden. Mit dieser Gegenüberstellung ist aber auch alles gesagt. Sensationstrieb, die Hauptsache des hysterischen Characters, steckt in geringem Grade in jedem Menschen. Durch besondere Ereignisse kann er unter ungünstigen Umständen ausserordentlich gesteigert und jeder Mensch ausgeprägt hysterisch werden. Dann ist „das Püppchen geknetet und zugerichtet“ und verfällt ebenso leicht dem Hypnotiseur, wie die späteren Biberacher Mädchen den Eindrücken, die sie von ihren primär hysterischen Genossinnen empfingen. Besonders auf den Einfluss des Schwatzens und Tuschelns über die Affaire, den Palmer so gut hervorgehoben, weise ich hin. Von der „Hysterie“ gilt, was von anderen Geisteskrankheiten und besonders auch von der Epilepsie durchaus nicht gilt: „Und wenn dich erst ein Dutzend hat, so hat dich auch die ganze Stadt,“ wenn man ihr nämlich den Lauf liesse.

Schliesslich benütze ich noch die Gelegenheit, um in Bezug auf die Erzeugung einer „hysterischen“ Epidemie durch hypnotisirende Proceduren auf einen Satz aufmerksam zu machen, den Salgó in Budapest*) ausgesprochen hat. Gegenüber von dem vielgehörten und trivialen Satze, man dürfe nur Aerzten das Hypnotisiren gestatten, sagt er: „Im Gegentheil, wo sich der Wunderdoctor nicht zeigt, da gedeiht auch die moderne Krankheit nicht. Darum müsste man nicht den „Laien“ das Hypnotisiren und das Suggeriren behördlich untersagen, sondern vor allem den Aerzten. Die ärztlichen Hypnotiseure sind durch den Nimbus des ärztlichen Privilegiums nur noch gefährlicher.“ —

Demjenigen, der an poetischen Symbolen Freude hat, empfehle ich im Hinblick auf die „Suggestionstherapie“, mit Aufmerksamkeit die „Hexenküche“ im Faust zu lesen und dem tiefen Sinne nachzudenken, der enthalten ist einerseits in dem: „Mir widersteht das tolle Zauberwesen; Versprichst du mir, ich soll genesen in diesem Wust von Raserei?“ und andrerseits in dem: „Ein Mittel, ohne Geld und Arzt und Zauberei zu haben u. s. f.“ Ich kenne keine tiefere und wahrere Darstellung alles dessen, was hier in Betracht kommt, als diese „Hexenküche“, deren Schlussvers: „Du siehst, mit diesem Trank im Leibe, bald Helenen in jedem Weibe.“— auch noch eine nicht üble „Suggestion“ kennzeichnet.**)

*) Pester medic. chirurg. Presse 1889, Nr. 31 S. 808.

**) Was die Psychiatrie wirklich aus dem Hypnotismus lernen kann, das habe ich in meiner Schrift: Der Hypnotismus, psychiatrische Beiträge zur Kenntniss der sog. hypnotischen Erscheinungen (Jena, 1884) zu zeigen gesucht. Da diese Schrift nichts Sensationelles enthält, so hat sie auch durchaus keine Sensation gemacht. Ich hoffe dafür, dass man sie auch noch mit Nutzen wird consultiren können, wenn die gegenwärtige hypnotische Sensationslitteratur an der Seite ihrer älteren animalisch-magnetischen Schwester begraben liegen wird.

[Anmerkung: In neuester Zeit habe ich aus einem soeben erschienenen Buche: Die Suggestionstherapie bei krankhaften Erscheinungen des Geschlechtssinns. Mit besonderer Berücksichtigung der conträren Sexualempfindung. Von Dr. Freiherrn v. Schrenck-Notzing in München — ersehen, dass sich diese Therapie bei den „Urningen“ ein dankbares Feld eröffnet hat. Bei meinem wesentlich ländlichen Gesichtskreis fehlt es mir an Verständniss für diese grossen therapeutischen Errungenschaften, die wohl den Grossstädten reservirt bleiben müssen. Ich bin nur wahrhaft erschrocken über die Breite und Gründlichkeit der Schilderungen hinsichtlich der nach einem staunenswerthen Aufwand von hypnotischen Ueberredungskünsten zu Stande kommenden copulatio non praeternaturalis cum meretrice, die wir als einen grossen Triumph der Kunst begrüssen sollen im Hinblick auf das Ziel der Eheschliessungen. Dass der Heirathscandidat bei diesen wichtigen, mit seltener ärztlicher Gewissenhaftigkeit überwachten Vorstudien nicht syphilitisch wird, für dieses prophylactische Problem dürfte die Suggestionstherapie jedoch wohl nicht genügen. Man könnte aber auch fragen: Muss denn jede Missgeburt heirathen, selbst wenn sie, wie hier, eigentlich gar nicht mag? Etwa bloss, weil es die Frau Mama oder der Geldsack wünscht? Bliebe nicht solches Sperma besser ausserhalb einer Vagina, wo es die Menschheit wenigstens nicht mit Keimung bedroht? Wer mit „Urningen“ zu thun hat, der möge sie doch lieber castriren. Ich sehe nicht ein, warum der furor operatorius sich eine so naheliegende Aufgabe entgehen lassen soll. Wenn die weiblichen Abdomina immer weniger sicher sind vor „abdominal surgeons“ (cfr. „salpingo-oophorectomy for hystero-epilepsy by Dr. H. J. Boldt, M. D. New-York) und wenn sie wegen geringerer Uebel von überflüssigem Inhalt befreit werden, so sehe ich nicht ein, warum nicht aus stärkeren Gründen die Testikel conträr Sexualer entfernt werden sollen. Was dem Ovarium recht ist, das ist dem Testikel billig. Es fiele dann wenigstens die Nothwendigkeit der ejaculatio seminis weg. Für die bloss „ästhetischen“ Extravaganzen wäre dann § 175 R. Str. G. B. da.

In Bezug auf die Suggestionstherapie dieser Zustände erkenne ich aber eines an: Wenn die Menschheit sich einige Zeit lang der Hypnotiseure nicht soll entbrechen können, so hat deren Ablenkung auf dieses Gebiet wenigstens den Vortheil, dass man davon nicht in anständiger Gesellschaft und speciell nicht in Damengesellschaft sprechen darf. Damit wird aber die vom „Sensationsmachen“ drohende Gefahr erheblich verringert.]

II.

Identitäts-Feststellungen an Verbrechern (Bertillonage) und ihr practischer Werth für die Criminalistik.

Von Georg Buschan, Dr. med. et philos. in Stettin.

Das Studium der Anthropologie — wir haben hierbei ausschliesslich die Beschäftigung mit der somatischen Anthropologie im Sinne — scheint bisher ein recht undankbares gewesen zu sein; wenigstens haben die Tau-

sende und Abertausende von Schädelmessungen, die man bisher in Deutschland ausgeführt hat, die Kenntniss von den menschlichen Racen noch um keinen Deut weiter gefördert. Kein Wunder, dass bei diesen unfruchtbaren Bemühungen der bisherigen Schädellehre der Laie die Cephalometrie nur als wissenschaftliche Spielerei zu betrachten und ihr verächtlich den Rücken zu kehren gewohnt war. Indessen ist dieses Urtheil zweifelsohne ein zu schroffes; denn es gibt ein Gebiet der somatischen Anthropologie, aus dessen Studium dennoch ein wirklicher Nutzen gezogen werden kann: wir meinen die „criminelle Anthropologie". Die Verhandlungen der beiden internationalen Congresse für dieses Specialfach, die sich nicht nur aus Anthropologen und Psychiatern, sondern auch aus Juristen von bedeutendem Ruf aus aller Herren Länder zusammensetzten, haben deutlich gezeigt, welches Interesse man diesen Verhandlungen und den aus ihnen gewonnenen Resultaten von beiden Seiten entgegenzubringen geneigt ist. Vor allem sind es die Untersuchungen Lombroso's, die in gewissem Sinne eine befriedigende Lösung der Frage über die Beziehungen des Verbrechers zur Geisteskrankheit zu versprechen scheinen: wir sagen s c h e i n e n, denn dass diese Lehre noch in den Kinderschuhen steckt, darüber kann kein Zweifel bestehen. — Einen wirklich practischen Nutzen dagegen hat man von jener Methode schon gesehen, die Bertillon unter dem Namen identification par signalements anthropométriques in die Wissenschaft eingeführt hat. Sie soll uns im Folgenden beschäftigen.

Bereits im Jahre 1879 hatte Dr. Alphonse Bertillon in Paris über die von ihm ausgedachten Identitätsfeststellungen an Verbrechern durch ein anthropometrisches Verfahren an die préfecture de police Bericht erstattet, aber erst drei Jahre später die Genugthuung gehabt, dass dieselben probeweise zur Anwendung gebracht wurden. Der practische Werth dieser neuen Methode wurde bald klar; denn in Kürze wurde dieselbe nicht nur in Paris von der Regierung eingeführt, sondern auch über ganz Frankreich und seine Colonien ausgedehnt. Ja noch mehr: verschiedene ausländische Regierungen — nur Deutschland vermissen wir darunter — haben geeignete Personen nach Paris entsendet, um das Verfahren an Ort und Stelle kennen zu lernen, und zum Theil auch schon von Staatswegen eingeführt. — Die von Bertillon erfundene Methode, die Bertillonage, ein Ausdruck, der von Professor Lacascagne vorgeschlagen wurde und den wir, so komisch er auch klingt, doch der Kürze wegen acceptiren möchten, geht darauf hinaus, an Verbrechern eine Reihe von Körpermaassen zu nehmen und zusammen mit einzelnen hervorstehenden somatischen Merkmalen auf Messkarten zu notiren, die, wenn sie nach bestimmten Principien geordnet sind, ein leichtes Wiedererkennen von Personen nach Jahr und Tag mit positiver Sicherheit ermöglichen. — Gewiss ein geistreiches und dabei einfaches und mit geringem Aufwande von Geld und Zeit auszuführendes System. Folgende Erörterungen, die wir dem Vortrage Bertillon's auf dem ersten internationalen Congress für criminelle Anthropologie zu Rom entnehmen, mögen dieses Verfahren ein wenig ausführlicher illustriren.

Bertillon's Messungen erstrecken sich auf solche Körpertheile, deren Länge im Laufe der Jahre gar keine oder nur ganz geringe Einbusse erleidet. Am besten eignen sich hierzu die Knochen und zwar im besonderen

solche, die durch Suturen oder ziemlich unelastische Zwischenknorpel mit einander in Verbindung stehen und überdies der Messung leicht zugänglich sind. Ganz zuverlässige Maasse sind am Erwachsenen nun: die Länge und Breite des Kopfes, die Länge des 5. Fingers und des Mittelfingers der linken Hand, sowie die Länge des linken Fusses. Veränderlich, aber immer noch innerhalb sehr geringer Grenzen, sind nach Bertillon dagegen die Gesammthöhe des Körpers, die des Oberkörpers, die Armspannweite, die Länge des linken Vorderarmes mit der Hand und die Länge, sowie die Breite des linken Ohres. Hierzu sei uns die Bemerkung erlaubt, dass wir die Länge und Breite des Ohres für ein recht wandelbares Merkmal halten; denn es ist klar, dass ein Gebilde wie das Ohr — abgesehen von sonstigen Verstümmelungen — durch Druck und Zug, wie sie ein schlauer Verbrecher, sobald er die Quintessenz der Untersuchung erkannt hat, sicher ausüben wird, auch am Erwachsenen mancherlei Formveränderung annehmen kann. Wir schlagen daher vor, dieses Merkmal ganz fallen zu lassen und dafür lieber die sogen. Ohrhöhe (die Projection des Scheitels auf die äussere Ohröffnung) linkerseits einzuführen.*) — Die aufgeführten elf Maasse genügen Bertillon zur Messung. So klein diese Anzahl auch erscheinen mag, so ermöglicht sie dennoch eine stattliche Anzahl von Combinationen: im Ganzen 177,147, wie Mies berechnet hat. Nimmt man nun noch hinzu, dass Bertillon auch noch auf 7 verschiedene Verfärbungen der Iris Gewicht legt, so steigt die Zahl der Möglichkeiten auf 1,240,029. — Sehen wir nunmehr zu, in welcher Weise sich Bertillon durch dieses Labyrinth von Zahlen durchfindet und nehmen wir an, dass eine bestimmte Anzahl von Verbrechern, sagen wir 100,000, seit Jahren gemessen worden seien. Diese 100,000 Messkarten sind zunächst nach dem Geschlechte eingetheilt. In jedem Geschlechte finden sich sodann drei Rubriken, die sich auf grosse (von 1,68 m an), mittelgrosse (von 1,62 – 1,67 m) und kleine (unter 1,61 m) Individuen vertheilen. Jede dieser drei Hauptrubriken zerfällt wieder in drei Unterabtheilungen, die auf die Länge des Kopfes basiren, jede von diesen wieder in drei solche zweiten Grades, die als Eintheilungsprincip die Breite des Kopfes haben, dann die zweiten Grades in solche dritter Ordnung, die von der Länge des Mittelfingers abhängig sind, und so fort in Untergruppen weiteren Grades, die auf die Länge des Fusses, die Länge des Vorderarmes, die Armspannweite etc. Bezug nehmen. So reducirt sich die Zahl der Möglichkeiten immer mehr und es ist schliesslich ein leichtes, die untersuchten Personen mit einer bereits früher unter anderem Namen gemessenen zu identificiren. In welcher Weise man die Ausdehnungen der Zahlen zu Gruppen beschränkt, d. h. welches Eintheilungsprincip innerhalb jeder Gruppe man der Dreitheilung zu Grunde legt, ist ziemlich irrelevant und bleibe dem Forscher eines jeden Landes überlassen.

Wir wenden uns nunmehr zu der Technik der Bertillonage selbst. Hierbei wollen wir nicht verfehlen, zu betonen, dass es recht wünschenswerth erscheint, wenn eine Einigung in der Construction der Messinstrumente und der Handhabung derselben erzielt würde. Denn die Messungen werden

*) Anfosso lässt die Maasse der Ohren gleichfalls fallen; dagegen nimmt er noch ein Kopfmaass mehr, sowie die Höhe der Schultern.

durch die Beschaffenheit der Instrumente und die Art und Weise des Messens in gewissem Grade beeinflusst. — Um zunächst die Körpergrössen, sowie die Spannweite der Arme zu messen, empfiehlt sich jene Vorrichtung, wie sie im service d'identification zu Paris gebräuchlich ist: eine Holzbekleidung der Wand, die genügend hoch (bis 2 m) und breit (bis 2,25 m) sein muss. Ungefähr in der Mitte derselben ist in verticaler Richtung eine Messskala angebracht, auf welcher ein horizontal (senkrecht zur Wandfläche) stehender Arm, der auf den Scheitel des zu Messenden eingestellt wird, entlang gleitet, die Wand selbst dient der Person als Rückenstütze. Um die Spannweite der ausgestreckten Arme messen zu können, ist an der einen Seitenkante der Holzbekleidung eine verticale Leiste aufgesetzt, welche die äusserste Spitze des Mittelfingers bei der Messung zu berühren hat. Auf der entgegengesetzten Seite liest man sodann auf einer gleichfalls vertical verlaufenden Graduirung — Bertillon schlägt für dieselbe sogen. Millimeterpapier vor, das durch eine darüber gelegte Glasplatte vor Beschädigung zu schützen ist — mit Leichtigkeit das äusserste Ende des entsprechenden Fingers der anderen Hand ab. Um die horizontale Haltung der gespreizten Arme zu controlliren, würden wir noch empfehlen, in bestimmter Entfernung Horizontallinien auf der Wandplatte anbringen zu lassen. Das von Mies vorgeschlagene Verfahren, auf einer in horizontaler Richtung gehaltenen Latte die Spannweite abzulesen, dürfte weniger zuverlässig sein, da das Horizontalhalten ein ziemlich willkürliches ist. Der einzige Vorzug dieser primitiven Methode besteht höchstens in der Billigkeit. Auch Bertillon nimmt das fragliche Maass an der Wandbekleidung. — Zum Messen der Sitzhöhe (Oberkörperhöhe) genügt ein gerade 50 Centimeter hoher Sessel, auf dem die zu messende Person zu sitzen kommt, dass ihre Rückseite möglichst vollständig mit der Wandmesstafel in Berührung kommt. Derselbe Sessel dient zugleich als Unterlage für den zu messenden Fuss. Die Messung des Armes endlich geschieht auf einem (nach Bertillon 1,19 m hohen) Tischchen. — Das übrige Messinstrumentarium ist gleichfalls nicht allzu kostspielig. Es besteht in einem Hölder-Ranke'schen Schiebezirkel, den wir aus eigener Erfahrung recht empfehlen können. Seine Modificationen, der Virchow'sche Reisestangenzirkel und die Topinard'sche glissière anthropométrique, eignen sich wegen ihrer Schwerfälligkeit in der Form und in der Handhabung weniger gut zu diesem Zweke. Das Princip aller dieser Schiebezirkel besteht darin, dass die beiden Messarme die rechtwinkligen Ordinaten, die Messstange selbst die Abcisse bildet, auf welche sich die beiden Endpunkte der betreffenden Linien durch die Arme des Zirkels rechtwinklig projiciren. Ein recht brauchbares Instrument ist auch die équerre céphalométrique, das in der école d'anthropologie de Paris gebräuchliche Kopfwinkelmaass: ein hölzernes Winkelmaass, bei welchem der absteigende Arm eine Millimetereintheilung besitzt, deren Nullpunkt genau dem unteren Niveau des horizontalen Armes entspricht. — Mit solchem Armatorium ausgerüstet kann die Messung beginnen. Um dieselbe in möglichst kurzer Zeit zu beenden, scheint mir wenigstens der folgende Weg der beste zu sein. Das bis auf's Hemd entkleidete Individuum - Bertillon lässt demselben auch die Beinkleider an, eine Methode, vor der die meinige, sofern sie in einem geheizten Zimmer sich abspielt, den Vorzug desshalb verdient, weil man bei entblössten Unterextremitäten

schon während der Messung sein Augenmerk auf auffällige Merkmale an denselben zu richten vermag — stellt sich mit geschlossenen Füssen so an die Wandmesstafel, dass seine Rückenfläche dieselbe möglichst ausgiebig berührt. So wird die Gesammtlänge gewonnen. Ein Schritt zur Seite ermöglicht, die Spannweite der ausgestreckten Arme abzulesen. Hierauf lässt sich die Person auf den an die Wand gerückten Sessel nieder, lehnt sich dicht an jene an und durch Subtraction von 50 von der jetzt gewonnenen Höhe erhält man die Sitzhöhe. Dieselbe Stellung ermöglicht die Kopfmaasse mittelst des Schiebezirkels und gleichzeitig die Ohrhöhe mittelst des Kopfwinkelmaasses zu nehmen (eventuell nach Bertillon auch des Ohres). Hieran schliessen sich die Maasse des Fusses und des Armes resp. der Hand. Eine kurze Angabe der descriptiven Merkmale und etwaiger Auffälligkeiten (Narben, Tätowirungen, Verunstaltungen u. a. m.) beendet die Untersuchung.

Es interessirt noch zu wissen, welchen Zeitaufwand eine solche Messung etc beansprucht. Bertillon schlägt die Schnelligkeit für die Gesammtuntersuchung auf 7 Minuten an und zwar setzt er 2 Minuten für die Aufnahme des Namens, Alters etc, 3 Minuten für die Untersuchung der einzelnen Merkmale und 2 Minuten für die Messungen selbst an. Es lassen sich also in der Stunde praeter propter 8 Personen messen. Auch Mies rechnet für seine Untersuchungen 7 Minuten, glaubt indessen bei noch längerer Uebung mit 2 Minuten weniger Zeitaufwand gut auskommen zu können. Ich selbst brauchte zu meinen Messungen nach dem oben geschilderten Verfahren ebenfalls 7 Minuten.*) — Zu dem Verfahren selbst ist schliesslich noch zu bemerken, dass dasselbe durch Anwendung feststehender Abkürzungen, wie sie in Paris üblich sind, wesentlich erleichtert wird. Die genommenen Maasse und Beobachtungen werden einem Assistenten zugerufen, der sie auf den Messkarten registrirt, wie sie z. B. von Dr. Mies für die Strafanstalt Moabit bei Berlin eingeführt worden sind. Diese Karten selbst werden sodann in Kästchen und diese wieder nach den am Eingange angegebenen Dispositionen in Fächer vertheilt. Ein Wiederherausfinden ist sodann nur das Werk eines Augenblicks. — Bei Zahlen, die auf der Grenze zwischen zwei Gruppen stehen, ist es erforderlich, beim Wiederauffinden beide Grenzcategorien zu controlliren, denn mit fortschreitendem Alter könnte leicht eine kleine Veränderung in den Maassen eingetreten sein. Aus diesem Grunde lässt Bertillon Personen unter 20 Jahren ausserdem noch photographiren.

Was die Verbreitung der Bertillonage betrifft, die schon oben kurz berührt wurde, so findet diese Methode von Staatswegen augenblicklich über ganz Frankreich und seine Colonien Anwendung. In Paris existirt eine Centralstelle unter der Leitung von Bertillon selbst, der service d'identification anthropométrique auf der préfecture de police; in Lyon und Marseille ebensolche unter Raux und Brun. Von den übrigen Culturstaaten hat Argentinien durch Regierungsdecret ein ähnliches Institut zu Buenos-Aires unter Cantilo in's Leben gerufen; in gleicher Weise hat Russland angefangen,

*) Anfosso will mit dem von ihm zu diesem Zwecke construirten Tachyanthropometer alle Messungen in 2—3 Minuten beenden. Nähere Details über diesen Apparat fehlen uns.

sich für die Angelegenheit zu interessiren, insofern die Regierung einen ihrer tüchtigsten Polizeiofficiere, Namens Tschaplin, zum Studium vor kurzem nach Paris entsendet hat. Von privater Seite ist der Identification der Verbrecher in den Vereinigten Staaten (Mac, Changhry, Gallus-Müller, Portevus u. a. m.), in Italien (Anfosso, Romiti) und auch in Deutschland Aufmerksamkeit geschenkt worden. Hier war es vor allem Dr. I. Mies, der das Verfahren bei Bertillon selbst studirte und sich seine Einführung in die Königliche Muster-Strafanstalt zu Moabit angelegen sein liess, woselbst er Aerzte und Beamte mit demselben vertraut machte. Hoffentlich lassen die hier von Mies angestellten Beobachtungen nicht lange auf ihre Veröffentlichung warten. Angeregt durch dieselben wird sich hoffentlich der Staat recht bald in's Mittel legen und in allen grösseren Städten solche „Abtheilungen für Wiedererkennung von Verbrechern" einrichten. — Der practische Werth der von uns im obigen geschilderten Bertillonage liegt auf der Hand: eine schnelle und sichere Feststellung der Identität recidivirender Verbrecher. Denn es ist eine bekannte Thatsache, dass eine grosse Anzahl Verbrecher bei einer neuen Wiedereinlieferung in Untersuchungshaft ihren Namen wechseln oder sich für Brüder oder Vettern des muthmasslichen Individuums ausgeben, um ihr Strafconto zu entlasten. Jetzt wird ihnen ein Strich durch ihre Rechnung gemacht. Der von der Pariser Polizeiverwaltung herausgegebene Bericht über den Fortgang des service d'identification veranschaulicht so recht den Erfolg dieser neuen Methode.

Es wurden gemessen im Jahre:

1882	225	Individuen,	davon	entlarvt	als	recidivirende	Verbrecher	—
1883	7336	„	„	„	„	„	„	49
1884	10,398	„	„	„	„	„	„	241
1885	14,965	„	„	„	„	„	„	424
1886	15,703	„	„	„	„	„	„	352
1887	19,150	„	„	„	„	„	„	472
1888	31,849	„	„	„	„	„	„	615

Ausserdem ist einmüthig von den Polizeibehörden anerkannt worden, dass jene internationalen Gauner, die als pick-pocket (Taschendiebe) in Paris ihr Unwesen treiben, seit der Einführung des Bertillonage-Systems beinahe verschwunden sind: Von 65 im Jahre 1885 hat sich ihre Anzahl progressiv bis auf 19 im Jahre 1888 vermindert.

Dass die Methode zuverlässig ist, wurde durch vielfache Versuche nachgewiesen. — Um den Theilnehmern des zweiten Congresses für criminelle Anthropologie zu Paris im Jahre 1889 davon eine Probe zu geben, wurde denselben auf der Polizeipräfectur ein kurz vorher aufgegriffenes älteres Individuum vorgeführt, bei dem der Verdacht vorlag, dass es sich einen falschen Namen beigelegt habe. Die üblichen Maasse wurden an ihm genommen und das Messresultat in der Copie dem Senator Moleschott zugestellt, der an der Hand des schon seit Jahren aufgespeicherten Materials binnen kurzem feststellte, dass das Individuum in der That einen falschen Namen führe, dass es ferner mit einer Person identisch sei, die vor fünf Jahren in Haft gewesen und dann aus Frankreich ausgewiesen worden sei. — Aehnliche befriedigende Resultate erzielte Mies in Moabit. — Von weiterem Nutzen des Bertillon'schen Verfahrens sei zum Schluss noch an-

geführt, dass es überall da Anwendung finden wird, wo es darauf ankommt, die Persönlichkeit ein für alle Mal zu fixiren (wie bei Beglaubigungsschreiben, Urkunden, Reisepässen, Militärpapieren u. a. m.) und Unterschiebungen von Personen sicher zu verhüten.

Litteratur.

Anfosso et Romiti, de la possibilité de faire servir la méthode et les instructions de l'anthropologie criminelle aux recherches de la police in Actes du deuxième congrès internationale d'anthropologie criminelle. Paris 1890. S. 205.

Bertillon, notice sur le fonctionnement du service d'identification de la préfecture de police, suivie de tableaux numériques résumant les documents anthropométriques accumulés dans les archives de ce service. Paris-Lyon 1889.

Bertillon, conférence sur le signalement anthropométrique in Actes etc. S. 324 u. 380.

Cantilo, sur le signalement anthroprométrique, ebendaselbst S. 378.

L'anthropologie judiciaire à Paris en 1889; installations et plans des locaux récents perfectionnements une expérience de sociologie bureaucratique avec 4. planches. Paris-Lyon 1890.

Laurent, l'anthropologie criminelle et les nouvelles thèses du crime. Paris 1891. S. 139 u. s. w.

Mies, Ueber Körpermessungen zur genauen Bestimmung und sicheren Wiedererkennung von Personen, im Correspbl. d. deutsch. anthropolog. Gesellschaft 1891. S. 124.

II. Referate und Kritiken.

271) **Quénu et Lejars:** Étude anatomique sur les vaisseaux sanguins des nerfs.

(Arch. de Neurologie 1892, Januar.)

Die Untersuchungen über die Gefässe der Nerven wurden an Injectionspräparaten gemacht. Für die Arterien ergibt sich, dass die kleineren Stämmchen, welche zu den oberflächlichen oder tiefen Nerven traten, sich in zwei Aeste getheilt, an den Nerven nach zwei entgegengesetzten Richtungen der Länge nach anlegten und mit den benachbarten zusammenhängende Bogen bildeten. Jeder Nervenstamm bezieht weiter seine Arterien aus constanter Quelle und zwar nicht aus einem arteriellen Stamme allein, sondern aus mehreren. Diese Verhältnisse werden für einzelne Nerven und Plexus durch Abbildungen deutlich gemacht. Es treffen ferner die Gefässe niemals direct senkrecht auf den Nervenstamm, sondern immer schief, oft noch rücklaufend. Meist erfolgt, bevor der Nerv erreicht wird, eine Zweitheilung, wie oben schon erwähnt, und schliesslich dringen noch kleinere Aeste in die Nerven ein. Doch kommt es auch vor, dass ein Gefäss direct in den

Nerv eindringt bis zur Mitte desselben, sich dort theilt und Bogen bildet Die Venen der oberflächlichen Nerven münden nicht in die nächstliegenden Hautvenen, sondern in die tieferen Venen. Manchmal besteht keine freie Verbindung zwischen ihnen und den Hautvenen. Die Venen der tiefliegenden Nerven in arteriell-nervösen Stämmen begeben sich zur grössten benachbarten Vene oder in's Netzwerk der Vasa vasorum oder in die nächsten Muskelvenen. In letztgenannter Weise verlaufen auch die Plexusvenen. Im übrigen ist das Verhalten der Venen den Nerven gegenüber dasselbe, wie das der Arterien, hinsichtlich der Theilung, des Eindringens etc. Schliesslich besprechen Verf. die Wichtigkeit der vorgeführten Einrichtungen im Gefässapparat hinsichtlich einer constanten und reichlichen Blutversorgung der Nerven. Otto.

---

272) **Harald Holm**: Den dorsale Vaguskjernes Anatomie en Patologi. (Die Anatomie und Pathologie des dorsalen Vaguskernes).

(Norsk Magazin f. Laegevidenskaben. Nr. 1. 1892.)

Dr. Holm hat Schnitt-Serien von 5 todtgeborenen Kindern und 2 früh gestorbenen Kindern, 4 Kätzchen, 3 jungen Kaninchen, 2 Hunden und 13 erwachsenen Kranken, nebst Controlpräparaten von gesunden und irrsinnigen Erwachsenen gemacht. Er resümirt die Untersuchungen in folgender Weise:

Der dorsale Vaguskern ist beweislich mit dem Fasc. solitar. direct nervös verbunden. Ungefähr die Hälfte der Vagusfibern entspringen einer vorher ungekannten Zellengruppe und haben einen an das Facialisknie erinnernden Verlauf. Nerv. glossopharyngeeus hat — wie der Trigeminus — eine aufsteigende sensitive und eine hinabsteigende motorische Wurzel. Centrum der Tracheobronchialreflexe ist in den kleinen dorso-lateralen Ganglienzellen des Vaguskernes zu suchen. Das Respirationscentrum ist in den grossen Zellen der ventro-medialen Gruppe des Vaguskernes zu suchen und nur da. Die Abhandlung wird nächstens deutsch erscheinen.

Henrik Dedichen (Horten).

---

273) **W. v. Bechterew**: Zur Frage über die äusseren Associationsfasern der Hirnrinde.

(Neurol. Centralbl. 1891. Nr. 22.)

v. Bechterew kann die Angabe von Th. Kaes bezüglich der „äusseren Meynert'schen Associationsschicht“ nach seinen Untersuchungen nur bestätigen, nach welchen übrigens dieselbe in einigen Rindenbezirken nicht minder stark entwickelt ist als die Fibrae propriae. B. fand unter den äusseren Associationsfasern sowohl feine als auch dickere Fasern, stellenweise sogar letztere vorherrschend. Ausserdem weist B. auf das Vorhandensein einer besonderen Schicht von meist dicken markhaltigen Fasern in einigen Hirnrindenbezirken des hinteren Abschnittes der Hemisphäre hin, welche B. bereits früher beschrieben („Grundzüge der microscopischen Anatomie“ 1887. — Russisch) und als äusseres Associationssystem bezeichnet hat. Eine auffallende Entwickelung erreicht diese Schicht im Subiculum cornu Ammonis und im Ammonshorne selbst, bei dessen Uebergang zur Fascia dentata die Fasern als ein breites Bündel schräg zur Fascia dentata verlaufen, um in dem feinen Fasernnetz der Axencylinder

fortsätze der daselbst gelegenen pyramidalen Zellen sich zu verlieren. Danach repräsentiren diese Fasern, welche ähnlich wie die der Tangentialschicht von den Zellenelementen der unterhalb gelegenen Rindenschichten ihren Ursprung nehmen, ein den einfachen Associationsfasern Meynert's analoges System. Hoppe (Allenberg).

---

274) **A. Predieri** (Pavia): La sintexi delle variazioni presentate dalla superficie del cervello umano.

(Rivista sperim. di freniatria e di med. leg. Bd. 17. H. 1 u. 2. 1891.)

Bei der grossen Verschiedenheit, mit welcher die einzelnen Windungen und Furchen des menschlichen Grosshirns in den anatomischen Atlanten dargestellt werden, ist es eine verdienstliche Arbeit, die Verf. durchführte, indem er durch Vergleichung der verschiedensten Bilder (die deutschen Autoren sind dabei etwas kurz gekommen) ein Normalbild der Hirnoberfläche zu construiren suchte, das er nunmehr in gutgelungenen Tafeln veröffentlicht.

Strauscheid.

---

275) Dr. **D'Abundo:** Contributo allo studio della fisio-patologia delle vie infatiche cerebrali.

(Annali di Neurologia 1891. Fasc. V. u. VI.)

Verf. hat eine Reihe von Gehirnen Geisteskranker microscopisch untersucht und glaubt die gefundenen Alterationen der Lymphbahnen dadurch erklären zu können, dass er contractile Fibrillen in den paravasculären Lymphräumen des Gehirns annimmt und die weitere Theorie aufstellt, dass im Gehirn mehrere unter sich eng zusammenhängende Lymphbahnsysteme existiren, von denen jedoch jedes nebenbei mit einer relativen Selbständigkeit ausgestattet sei. Dr. Feist.

---

276) **W. v. Bechterew:** Zur Frage über die Striae medullares des verlängerten Marks.

(Neurol. Centralbl. 1892 Nr. 10.)

Die Ansicht, dass die Striae acusticae eine Fortsetzung der Fasern der hinteren Acusticus-Wurzeln seien, beruht auf Untersuchungen, die bei Kaninchen und Katzen gemacht worden sind. Wie aber Verf. und H. Virchow bereits hervorgehoben haben, dürfen die Striae acusticae dieser Thiere nicht als analoge Gebilde der Striae acusticae des Menschen betrachtet werden. Während die Striae bei den Katzen und Kaninchen nach Umkreisung des Strickkörpers sich in die Marksubstanz versenkend in die bogenförmigen Fasern des Formatio reticularis übergehen und sich dann in der Raphe kreuzen, verlaufen die Striae des Menschen nach Umkreisung des Corp. restiforme auf dem Boden der Rautengrube bis zur Mittellinie und versenken sich dann in die Raphe. Schon 85 hatte v. B. (Neurol. Centralbl. 1885 S. 147) angegeben, dass sich diese Fasern viel später als die Acusticuswurzeln entwickeln. Diese Angaben wurden 86 von Onofrowitz (Neur. Centralbl. 1887) S. 194) und von Flechsig (Neurol. Centralbl 1890 Nr. 4) bestätigt. Neue Untersuchungen an Menschengehirnen haben v. B. zur Bekräftigung seiner Ansichten geführt. Während die Stärke des Acusticus keinen wesentlichen Schwankungen unterliegt, ist die Dicke der Striae sehr variabel und über-

trifft häufig bei weitem die Dicke des hinteren Acusticuszweiges. An solchen Gehirnen, wo die Striae ungewöhnlich stark entwickelt sind, hat sich v. B. schon durch die äussere Besichtigung davon überzeugt, dass die Fasern der Striae nicht Fortsetzungen des hinteren Acusticuszweiges darstellen, sondern längs der Oberwand der äusseren Fläche des Strickkörpers über die Fasern des hinteren Acusticuszweiges hinweggehen und nach aussen vom Tub. acustic. unmittelbar in die weisse Substanz des Kleinhirns (in der Nähe des Flocculus) übergehen, wo sie fast sogleich verschwinden, während die Fasern des hinteren Acusticuszweigs als äusserst zarte grauliche Bündel nach Umkreisung des Strickkörpers an seiner inneren Grenze in das verlängerte Mark verschwinden. Das gleiche lehrten microscopische Schnitte. Diese zeigten ferner, dass die Striae in der Raphe in Bündeln abwärts ziehen, nach der Kreuzung in derselben bis zur vorderen Fläche des verlängerten Marks herabgehen und, nachdem sie sich von innen und vorn um die contralaterale Pyramide gelegt und theilweise dieselben mit dünneren Faserzügen durchsetzt, in die Fibrae anteriores der entgegengesetzten Seite des verlängerten Marks übergehen, um dann plötzlich beim Austritt der gegenüberliegenden Acusticuswurzeln aufzuhören. Die Raphe ist in der ganzen Ausdehnung des Verlaufs der Striae von grauer Substanz eingenommen.

Nach v. B. ist es zweifellos, dass die Striae weder zu den Funiculi teretes noch zum Vagus Glossopharyngeus und Trigeminus in einer Beziehung stehen. Am plausibelsten scheint aber die Voraussetzung, dass sie zur Verbindung der Basalabschnitte des Kleinhirns mit einander dienen.

Hoppe (Allenberg).

---

277) **Canizzaro:** Ueber die Function der Schilddrüse.
(Deutsch. med. Wochenschr. 1892, Nr. 9.)

Verfasser hatte im Jahre 1885 totale Thyrectomien an Hunden und Katzen gemacht, die am Leben blieben, wenn er ihnen die eigene exstirpirte Drüse wieder einverleibte oder die eines anderen Thieres auf ihre Musculi sterno-hyoidei verpflanzte. Dabei nahm übrigens jedesmal die verpflanzte Drüse einen embryonalen Zustand an. Die Thiere blieben aber auch am Leben, wenn sie zwangsweise mit Milch gefüttert wurden und grosse Dosen Bromkalium (2—10 Gramm) erhielten. Endlich gelang es dem Verfasser auch, solche der Schilddrüse beraubte Hunde am Leben zu erhalten, wenn er ihnen das auf eigenthümliche Art präparirte, concentrirte Blut von gesunden Hunden unter die Haut spritzte; dieselbe Wirkung erzielte er mit der subcutanen Injection von Blut, das von Ochsen und Kaninchen stammte, welche seit wenigen Tagen der Schilddrüse beraubt waren. Ferner brachte ein aus den Schilddrüsen verschiedener Thiere zubereiteter Saft und ein aus der Hirnrinde gesunder Hunde präparirter concentrirter Saft dasselbe Resultat zu Wege.

Verfasser glaubt, dass alle Phänomene nach Thyrectomie die Folge der alterirten Function der Ganglienzellen sein müssen, welche durch das Fehlen oder durch die zu geringe Menge der Secretes der Schilddrüse hervorgerufen werden.

Seit einiger Zeit behandelt Verfasser Epileptiker mit der aus derSchilddrüse präparirten concentrirten Substanz und glaubt damit die Convulsionen unterdrücken zu können! Peltesohn.

---

278) Josef Kopp, Arzt in Bern: Veränderungen im Nervensystem, besonders in den peripherischen Nerven des Hundes, nach Exstirpation der Schilddrüse.

(Virch. Arch., Bd. 128, Heft 2.)

Dem Verf. standen zwei Hunde zur Verfügung, die von Kocher der Schilddrüsen beraubt waren und 4 resp. 7 Tage nach der Operation getödtet wurden. Die Nervenstücke wurden meist längs geschnitten und die Schnitte nach Weigert, mit Eosin-Haematoxylin, Boraxcarmin und nach Merkel (Boraxcarmin und Indigcarmin) gefärbt. Die Veränderung in den Nerven tritt in Herden auf, die stets nur wenige Bündel eines grösseren Nerven (auf dem Querschnitt) ergreifen. Der Herd besteht in einer hellen Zone, welche zwischen dem Nervenfaserbündel und dem Perineurium auftritt und schon bei Loupenvergrösserung zu erkennen ist. Schon bei dieser Vergrösserung zeigen sich in der Zone annähernd parallel den Lamellen des Perineurismus verlaufende Fasern und ganz besonders auffallende, zahlreiche, zwischen den Fasern liegende kleine Flecken. Die Fasern sind bindegewebiger Natur; die Flecken sind Kerne von verschieden intensiver Färbung, mit deutlicher Körnung und 2—3 stark lichtbrechenden Kernkörperchen; es sind dies die von Koch und Retzius als Kerne der Häutchen des Perineuriums bezeichneten Gebilde. Die ganze Herdzone ist ferner reichlich durchsetzt von eigenthümlichen Zellen, die von Langhans ein- oder mehrkammerige Blasenzellen benannt werden. Sie sind ausserordentlich gross, zeigen die verschiedensten Formen, besitzen Scheidewände in ihrem Innern und haben 1—3, selten mehr Kerne. Die Reichlichkeit der Blasenzellen in den Herden unterliegt grossen Schwankungen, oft liegen sie so dicht, dass die einzelne Zelle nicht abgegrenzt werden kann. Ein Theil der Herde bildet vollständige Hohlcylinder an der Innenseite des Perineurium, ein anderer Theil bildet Hohlcylindersegmente; wieder andere bilden nur einen schmalen Saum an der Innenseite des Perineurium und die kleinsten bestehen aus einer einzigen Blasenzelle. Bei dem nach 4 Tagen getödteten Thiere schien die Anzahl der in den Nerven gefundenen Herde viel geringer zu sein als bei dem anderen Hunde. Ueber die topographische Localisation der Herde in den verschiedenen Nervenstämmen und Muskelnerven ist das Original nachzulesen. Die Nervenfasern selbst werden durch die Herde nicht alterirt, sie scheinen den Herden auszuweichen. In den Muskeln des Hundes von siebentägiger Krankheitsdauer zeigt sich eine herdweise auftretende Degeneration; an diesen Stellen hat das microscopische Bild grösste Aehnlichkeit mit einem grosszelligen Spindelzellsarkom. In spärlicher Anzahl fanden sich hohle Muskelfasern, die auch der andere Hund aufwies. Ferner fanden sich in einigen Muskeln Veränderungen der sog. Muskelknospen. In den Ganglienzellen der Grosshirnrinde des später getödteten Hundes zeigten sich Vacuolenbildungen und Formveränderungen, jedoch Controlpräparate eines gesunden Hundes ergaben die gleichen Verhältnisse, so dass es sich wahrscheinlich um Kunstproducte handelte. Die Pyramidenbahn in der Medulla oblongata und die Pyramidenseitenstrangbahn im Rückenmark lassen eine bedeutende Schwellung der Achsencylinder (bis auf's drei- und vierfache des Normalen) vieler Nervenfasern erkennen. Auch die Fasern in der Schleife, in den Oliven, in der lateralen Acusticus-

wurzel und seltener in der Formatio reticularis zeigte vielfach diese Quellung der Achsencylinder. Die Markscheide dieser Fasern ist stark verdünnt, aber in ihren Tinctionsverhältnissen unverändert.

Eine Untersuchung der rein sensiblen Nerven ward nicht vorgenommen.

Dr. Feist.

---

279) **F. De Sarlo e C. Bernardini** (Reggio): Ricerche sulla circolazione cerebrale durante l'ipnosi.

(Rivista sperim. di freniatria e di med. legale, Bd. 17, H. 3. 1891).

Bei einem 40jährigen kräftigen Epileptiker, der durch einen Unfall eine Lücke im Schädeldache sich zugezogen hatte, gelang es dem Verf. durch Vorhalten eines glänzenden Gegenstandes eine Hypnose zu erzielen; das Verhalten des Kranken, je nachdem während des hypnotischen Zustandes die Augen geöffnet oder geschlossen wurden, glich dem eines Kataleptischen resp. eines Letargischen; ein somnambuler Zustand war nicht zu erzielen; auch wusste Patient alle Vorkommnisse während der Hypnose. Bei diesem Kranken nun machten die Verf. während der Hypnose an dem vom Schädel entblössten Gehirntheile sphygmographische Untersuchungen und kamen dabei zu folgenden Schlüssen: Die Hirncirculation ist verschieden je nach dem hypnotischen Zustande; es scheint, dass im letargischen Stadium Hyperaemie besteht, im cataleptischen Anaemie. Höchst wahrscheinlich besteht während der Hypnose kein Antagonismus zwischen cerebraler und peripherer Circulation. Während des hypnotischen Zustandes beobachtet man grössere Pulsfrequenz und fast Verschwinden der respiratorischen Schwankungen. Die psychische Thätigkeit ruft während der Hypnose eine gleiche Gefässreaction hervor wie im gewöhnlichen Zustande, nur ist dieselbe in Folge der bestehenden Vasoconstriction weniger deutlich. Was die Deutung des Hypnotismus selbst angeht, so treten die Verf. ganz der vermittelnden Stellungnahme Tamburini's bei welcher annimmt, dass der Hypnotismus immer nur die schon früher in latenter Weise im Individuum existirende Manifestation der reflectorischen Ueberregbarkeit augenscheinlich macht.

Strauscheid.

---

280) **F. De Sarlo e C. Bernardini** (Reggio): Ricerche sulla circolazione cerebrale durante l'attività psichica.

(Riv. sper. di freniatria, Bd. 17 H. 4 1891.)

Ein Bauer hatte im Alter von 22 Jahren eine schwere Kopfverletzung erlitten, nach deren Heilung ein dreieckiger Defect im knöchernen Schädel zurückblieb. Die Seiten des fast gleichseitigen Dreiecks betrugen ungefähr 2,5 cm. Die hintere Seite fiel etwa mit der Rolando'schen Furche zusammen, die innere Seite verlief parallel der Sagittalnaht, etwa $^1/_2$ cm davon entfernt. Im Alter von 50 Jahren wurde der von der Zeit seiner Verletzung an epileptische und hemiplegische Bauer in die Irrenanstalt aufgenommen, weil die epileptischen Anfälle häufiger geworden und im Anschluss an sie öfters ein hallucinatorischer Zustand aufgetreten war. Diesen Patienten benutzten die Verf. zur Aufnahme von sphygmographischen Curven einerseits an dem blossliegenden Hirntheile, andererseits an den peripheren Arterien, während zugleich die Psyche des Kranken theils durch einfache

Sinneseindrücke, theils durch anderweitiges Hervorrufen von Empfindungen (Freude, Furcht, Angst, Zorn, Ueberraschung, Lüsternheit etc.) gereizt wurde. Es zeigte sich, dass die psychischen Functionen auf reflectorischem Wege Gefässveränderungen hervorrufen; während aber letztere in den nervösen Centralorganen constant sind, und zwar in Form einer Gefässerweiterung, lassen periphere Gefässveränderungen keinerlei Regelmässigkeit erkennen, so dass also in ähnlichen Fällen bedeutende Unterschiede und in verschiedenen Fällen oft ähnliche Reactionen auftreten. Allerdings wirkt die psychische Thätigkeit besonders in den ersten Augenblicken in der Regel auf die vaso-constrictorischen Nerven, doch schliesst dies nicht aus, dass häufig unter den allerverschiedensten Verhältnissen entweder gar keine Gefässveränderung eintritt oder auch direct eine Erweiterung. Folglich kann man nicht von einem Antagonismus zwischen cerebraler und peripherer Circulation wie von einer constanten Regel sprechen, noch ist es erlaubt, von dem Zustande dieser auf den Zustand jener zu schliessen.

Strauscheid.

---

281) **G. d'Abundo** (Pisa): Sull'azione tossica e battericida del siero di sangue dei Pazzi. Nota preventiva.

(Riv. sperim. di freniatria, Bd. 17, H. 4 1891.)

Rammo und Bordini zeigten, dass man den Tod eines Kaninchens durch intravenöse Injection von 1 cm Serum eines gesunden Menschen auf 100 gr des Thieres hervorrufen kann. Verf. versuchte, wie in dieser Hinsicht das Serum der Geisteskranken wirke und fand, dass die toxische Wirkung des Serums bei Aufregungszuständen erhöht, bei Depressionszuständen und bei Schwachsinn oder Blödsinn zum Theil sehr beträchtlich vermindert sei. Conform hiermit war die entwickelungshemmende Wirkung des Serums auf Milzbrandbacillen, die in der Regel vermehrt, dagegen bei Depressionszuständen vermindert war. Eine ausführliche Veröffentlichung soll dieser vorläufigen Mittheilung bald folgen. Strauscheid.

---

282) Dr. **Aloys Kreidl**: Beiträge zur Physiologie des Ohrlabyrinths auf Grund von Versuchen an Taubstummen.

(Pflüger's Archiv, 51. Bd., 1. u. 2 Heft, 1892.)

Nach den Versuchen von Mach und Breuer über die Function der Bogengänge stellte man sich vor, dass bei Beginn jeder Drehung des Kopfes, sowie beim Stillstehen desselben nach erfolgter Umdrehung das Trägheitsmoment der Endolymphe eine relative Bewegung derselben längs der Canalwände erzeugt. Diese Bewegung muss nothwendig eine Verbiegung der mit der Bogengangswand fest verbundenen Härchen der nervösen Endapparate in den Ampullen bewirken, wobei die drei nach den drei Dimensionen des Raumes gestellten Bogengänge Empfindungen vermitteln müssen, welche je nach ihrer Stärke und Vertheilung auf die drei Nervenendigungen für die Drehung um jedwede Axe characteristisch sind. Bei den gewöhnlichen kurzen Drehbewegungen des Kopfes folgt dem Stosse der Lymphe alsbald ein Gegenstoss in der umgekehrten Richtung, welcher die verbogenen Haare in ihre Anfangsstellung zurückführt. Wenn dieser Gegenstoss ausbleibt, so kehren die Haare vermöge ihrer Elasticität von selbst, aber langsamer in

ihre normale Stellung zurück. Bis dahin haben wir jedoch, entsprechend der Verbiegung der Haare, also in abnehmender Intensität die Vorstellung einer Bewegung.

Dieser sehr verlockenden Theorie widersprachen jedoch die Ohrenärzte Lucae, Baginski, Kiesselbach und aus dem Kreise der Physiologen Steiner, Preyer und Schäfer. Die beiden letzteren namentlich vertheidigen die Ansicht, dass die Ampullen der Bogengänge der Wahrnehmung bestimmter Schallrichtung dienen.

Im Hinblick auf die Mach-Breuer'sche Theorie hatte James (im American Journal of otology 1883) untersucht, ob Taubstumme, bei denen doch häufig die Bogengänge verändert sind, schwindlig gemacht werden können und gefunden, dass von 519 Taubstummen 186 schwindelfrei blieben, während von 200 Normalen nur ein Individuum schwindelfrei blieb.

Kreidl wiederholte diese nicht ganz einwandfrei gebliebenen Versuche und modificirte sie nach folgendem Gedankengange:

Bekanntlich werden bei einer schnellen Bewegung des Körpers um seine Längsaxe und der damit verbundenen Bewegung der Endolymphe in den Bogengängen reflectorisch kurze, stossweise rhythmische Bewegungen der Bulbi ausgelöst. Man kann diese Bewegungen mit den auf die geschlossenen Augenlider aufgelegten Fingern leicht nachweisen. Es sind dies übrigens dieselben Bewegungen, welche Tauben oder Kaninchen mit dem ganzen Kopfe ausführen, wenn man sie um eine Verticale dreht, die durch ihren Körper geht. Functionirt der Bogengang nicht, so muss auch die Bulbusbewegung trotz der Drehung des Kopfes resp. des Körpers ausbleiben.

Kreidl untersuchte nun auf einem frei schwebenden Sitz, den er und der zu Untersuchende einnahmen und der leicht um seine verticale Axe gedreht werden konnte, 109 Taubstumme auf die genannte reflectorische Bewegung der Bulbi und vermisste sie in 50%. Dieses Resultat stimmt vortrefflich mit den Sectionsprotocollen Mygind's, der bei Taubstummen neben anderen Veränderungen des Labyrinths in 56% pathologisch veränderte Bogengänge nachwies. Bei der Untersuchung von 50 normalen Menschen wurde nur einmal die exacte Bewegung der Bulbi bei der Drehung vermisst.

Kreidl folgert daraus:

I. Die compensatorisch ausgeführten Bewegungen der Augen bei Drehung des Kopfes und des Körpers werden thatsächlich von den Bogengängen ausgelöst. 2) Die Bogengänge sind wirklich das Perceptionsorgan für die Drehungen des Kopfes und des Körpers.

II. Nach Breuer's Ansicht erzeugen bei uns die Otolithen die Richtungsempfindung unseres Körpers. Wenn wir also in verticaler Stellung eine horizontale Beschleunigung durch eine Centrifugalkraft erfahren, so werden die Otolithen und mit ihnen die Sinneshaare so verbogen, wie sonst bei einer Schiefstellung des Kopfes. Es werden uns also, wie das z. B. bei einer Eisenbahnfahrt auf einer Curve geschieht, die Häuser und Thürme schief gestellt erscheinen. Wir werden also stets einer Täuschung über die verticale Axe unseres Körpers verfallen, wenn ausser der Schwerkraft unseres Körpers noch eine centrifugal wirkende Kraft auf unsere Otolithen Einfluss gewinnt (Caroussel).

Leute ohne Otolithen verfallen jedoch dieser Täuschung nicht — und in der That liess sich die Täuschung bei 7 Normalen jedesmal nachweisen, während von 62 Taubstummen 13 über ihre verticale Axe orientirt blieben. Alle diese 13 Personen entbehrten übrigens auch der genannten Bewegungen der Bulbi. Die Versuchsanordnung, die sehr geistreich erdacht ist, muss im Original nachgelesen werden.

Darnach scheint also der Vestibularapparat das oder ein Sinnesorgan für die geradlinige Beschleunigung des Körpers zu sein.

III. Auf Grund vorstehender Thatsachen musste man bei Taubstummen eine gewisse Ungeschicklichkeit bei höheren Ansprüchen an die Balance ihres Körpers voraussetzen. In der That konnten sich die Taubstummen ohne reflectorische Bulbusbewegung mit geschlossenen Augen nicht auf einem Beine erhalten; mit offenen Augen konnten sie dies ganz gut. Ebensowenig konnten sie sich mit geschlossenen Augen vorwärts bewegen.

Verfasser schliesst sich den Anschauungen von Goltz, Mach und Breuer vollkommen an und acceptirt den Namen des letzteren für diese Perceptionsgruppe, nämlich den des „statischen Sinnes".

Peltesohn.

---

233) **A. Onodi:** Die Bewegungen der Stimmbänder nach Durchschneidung der Nervi Vagi.

Sitzungsbericht der ung. wissenschaftl. Academie vom December 1891. (Referat in Orvosi hetilap 1892 Nr. 2.)

Autor hat in einer Reihe von Versuchen jene auffallende Erscheinung constatirt, dass, wenn er die Vagusstämme beiderseits durchschnitt, die erwartete Lähmung der Stimmbänder nicht eintrat, sondern dass eine mit der Exspiration zusammenfallende rhythmische Annäherung der Stimmbänder und Schliessen der Stimmritze festzustellen war. Um diese Thatsache zu erklären, wurde folgendes Experiment bei geöffneter Kehlkopfhöhle ausgeführt: Durchschneidung der Vagi, der Laryngei inferiores und der Sympathicusverbindungen. Bei diesem Versuche, der mehrmals wiederholt wurde, trat keine Lähmung ein, es folgte immer eine Annäherung der Stimmbänder bis zur Mittellinie auch weiterhin. Nach unsern bisherigen Kenntnissen sind in den bezeichneten Nervenbahnen alle für die Kehlkopfmuskelinnervation wichtigen motorischen Fasern vorhanden, ausgenommen jene Nervenbündel, die den Musc. cricothyreoideus, den Spanner der Stimmbänder versorgen und dem äusseren Aste des N. laryngeus superior entstammen. Dies war also der einzige Muskel und die einzigen Nervenfasern, die zum Gegenstand einer Untersuchung gemacht werden mussten und letztere führte auch thatsächlich zu einem positiven Resultat. Es wurde der bezeichnete Muskel zwischen Ring- und Schildknorpel freigelegt, dass seine Function sichtbar sei. Nach den Durchschneidungen hat dieser Muskel eine auffallend gesteigerte Function gezeigt, hob den Ringknorpel zum Schildknorpel und es war auch die synchronische Contraction desselben eine der Grösse der Stimmbandannäherung entsprechende. Als man den M. cricothyreoideus entfernte, trat eine vollkommene Unbeweglichkeit des Ring- und Schildknorpels und der Stimmbänder ein. Hierdurch haben die Experimente unzweideutig den Grund der nach Durchschneidung der benannten Nerven auftretenden Stimmbandbewegungen dargethan.

Ostermayer (Budapest).

---

284) **Quinon et Souquis:** Association du tabes avec le diabète sucré.
(Arch. de Neurologie 1891 October, November, 1892 Januar u. März.)

Nervöse den tabischen ähnliche Erscheinungen bei Diabetes sind als Pseudotabes diabetica beschrieben, Glycosurie bei Tabes als tabische Glycosurie. Es können aber auch Tabes und Diabetes neben einander zugleich bestehen. Dieses gleichzeitige Vorkommen ist kein zufälliges, insofern als beide Krankheiten eine gewisse Verwandtschaft zeigen, entsprechend den Beziehungen, welche zwischen gichtisch-rheumatischer und neuropathischer Familienanlage und zwischen dieser und Diabetes resp. Tabes bestehen. Die Beziehungen des Diabetes zu nervösen Störungen sind wiederholt betont worden. Verschiedene Stammbäume, welche mitgetheilt werden, unter anderem neun von Charcot, Blocq bestätigen dies. Auch wird ein Fall von Hysterie und Diabetes genauer mitgetheilt. Oft wechselt in derselben Familie Diabetes mit nervösen und ähnlichen Störungen ab (wofür auch ein Fall mitgetheilt wird) und bestätigt die nahe Verwandtschaft beider. Andrerseits steht Tabes in Beziehung zu gichtisch-rheumatischen Störungen. Letztere zeigen hinwiederum Beziehungen zu den nervösen vermöge gewisser zu Grund liegender gemeinsamer Störungen der Ernährung.

Es werden weitere 4 Beobachtungen von gleichzeitigem Bestehen der Tabes und des Diabetes genauer mitgetheilt. Schliesslich wird die Differentialdiagnose zwischen Pseudotabes diabetica, tabischer Glycosurie und wahrem Diabetes resp. Tabes ausführlich besprochen. Tabes und Diabetes können danach folgende gemeinsame Symptome haben: blitzartige Schmerzen, Sensibilitätsstörungen, Fehlen des Kniephänomens, trophische Störungen, Impotenz, Romberg'sches Symptom. Bei Vorkommen dieser Erscheinungen im Verlauf eines Diabetes würde der Erfolg einer gegen Diabetes gerichteten Cur für die Diagnose entscheidend sein, ob Tabes oder Pseudotabes diabetica vorliegt. Andere Erscheinungen kommen nur bei einer von beiden Krankheiten vor: Larynxcrisen, Ataxie bei Tabes; Blasenstörung, gewisse Augenstörungen: Myosis bilateralis, reflectorische Pupillenstarre bei Tabes; Cataracta, Störung der Accommodation und der äusseren Augenmuskeln, Hämorrhagien des Glaskörpers, Retinitis und vielleicht Atrophie der Sehnerven bei Diabetes. Auch die Glycosurie verhält sich bei beiden Krankheiten verschieden. Sie ist geringer bei tabischer Glycosurie. Für letztere scheinen im übrigen gewisse bulbäre Erscheinungen zu sprechen: Trigeminusanästhesie, Pulsfrequenz, gastro-laryngeale Krisen, Stimmbandstörungen, Erstickungshusten.

Den Schluss der Arbeit bilden Stammbäume von 1) einer Familie mit Maladie de Friedreich und Diabetes (nebst genauer Beschreibung), 2) Familien mit Diabetes und Nervenkrankheiten, 3) Familien mit Diabetes und Tabes.

Otto.

---

285) **P. Petrazzani e G. Vassale** (Reggio): Le lesioni del midollo spinale nella demenza.
(Riv. sperim. di freniatria. Bd. 17, H. 4, 1891.)

Die Verf. haben das Rückenmark von 22 Geisteskranken, welche entweder an seniler Demenz oder an secundärer Demenz gelitten hatten und im Alter von 22 bis 79 Jahren gestorben waren, einer Untersuchung unter-

worfen. Dabei ergab sich, dass in 12 von den 22 Fällen Rückenmarkserkrankungen vorlagen. Letztere sind mit Bestimmtheit unabhängig vom Alter, wie sie denn auch bei ganz jungen Individuen angetroffen wurden; auch ergab die Untersuchung des Rückenmarks zweier geistesgesunder Individuen von 70 und 74 Jahren ganz normale Verhältnisse.

In der Regel erkranken bei Demenz die Hinterstränge; die Läsion ist meist nicht weit vorgeschritten. Von den 12 Fällen zeigte nur ein einziger eine Seitenstrangdegeneration; in 2 Fällen bestand nur eine Degeneration der hinteren Wurzelzonen des oberen Brustmarks, in 1 nur des mittleren Brustmarkes; in 2 Fällen waren die hinteren Wurzelzonen im ganzen Brustmark degenerirt; in 5 Fällen waren die Goll'schen Stränge im Halsmarke und die Wurzelzonen im Brustmarke degenerirt und in 1 Falle endlich war die Erkrankung der Goll'schen Stränge im Hals- und Brustmarke vorhanden, zusammen mit einer Degeneration der hinteren Wurzelzonen im letzteren.

Strauscheid.

---

286) **K. Miura** aus Japan: Ueber einen Fall von multipler Neuritis nach Magencarcinom.

(Aus der Gerhard'schen Klinik in Berlin.)
(Berl. klin. Wochenschr. 1891, Nr. 37.)

Oppenheim und Siemerling haben zuerst 1886 eine Erkrankung der peripheren Nerven bei Individuen, welche an Carcinomcachexie zu Grunde gegangen waren, beschrieben. Darauf haben 2 französische Autoren, Maurice Klippel 1889 in einer Pariser Dissertation (Des amyotrophies dans les maladies générales chroniques et de leurs relations avec les lésions des nerfs periphériques) unter 5 Fällen von Krebskrankheit zwei Mal Degeneration der peripheren Nerven mit Veränderungen an der Musculatur, intra vitam einmal ausgesprochene Atrophie des linken Beines und einmal colossale Pulsfrequenz bei normaler Temperatur gefunden, und Auché (Des névrites periphériques chez les cancéreux, Rev. de méd. 1890) in 10 Fällen von Carcinom, bei denen zum Theil schon intra vitam Symptome einer peripheren Neuritis vorhanden waren, die Nerven untersucht und Degenerationen vorzugsweise der Nerven der unteren Extremität gefunden. (Die genaueren Befunde sind im Original kurz referirt).

Im Anschluss daran beschreibt M. einen neuen interessanten Fall von multipler Neuritis, welchen er auf Autointoxication in Folge von Magencarcinom zurückführt. Bei der 32jährigen Frau waren seit 3 Jahren zuerst Magenbeschwerden aufgetreten, dann hatten sich die Erscheinungen des Magenkrebses unter vielfachem Wechsel allmählig verschlimmert. Seit 6 Wochen bemerkte die Kranke ein taubes Gefühl unterhalb der Kniee, darauf folgte Schwäche und Unsicherheit der Beine, schliesslich wurden auch die Augen schwach, besonders das linke.

Stat. präs. Deutliche Cachexie. Tumor im Abdomen fühlbar. Puls 90. An den Augen starker Nystagmus bei schwachem Blick, geringerer beim Blick nach oben. Sehschärfe links $^1/_2$, rechts $^3/_4$. Klagen über Flimmern vor den Augen. Grobe Kraft der unteren Extremitäten ausserordentlich verringert. Bei Augenschluss Schwanken. Kniephänomen fehlt, Fusssohlenreflex lebhaft, Sensibilität erhalten. Im weiteren Verlaufe nahm

die Schwäche der Nn. abducentes zu, Doppelsehen trat auf, sie sah alles verschwommen. Die Schwäche der Beine wurde grösser, die Sensibilität zeigte sich verringert. Druck in die Wadenmusculatur und in die Kniekehle wurde schmerzhaft empfunden. Psychisch machte sie einen imbecillen Eindruck; sie war schlaff, energielos, hatte Schwindelgefühl, ängstliche Träume unklare Vorstellungen.

Zuletzt Ptosis, Unfähigkeit, die Beine zu heben, auffälliger Wechsel der Bewegungsfähigkeit im Facialisgebiet. Von Zeit zu Zeit Zuckungen im rechten Arm und im rechten Facialis, die sich im Moment des Erwachens zu einem förmlichen Schütteln gestalteten. Puls 124. Unter mussitirenden Delirien, Flockenlesen, kleinen Zuckungen (namentlich der linken Hand) erfolgte 14 Tage nach der Aufnahme der Exit. letalis. Die Untersuchung der electr. Erregbarkeit 7 Tage vor dem Tode ergab noch keine wesentlichen Abweichungen. Erst 4 Tage vor dem Tode war im N. peroneus und tibialis beiderseits mit den stärksten Strömen keine Contraction zu erzielen, während die Erregbarkeit der übrigen Nerven unverändert war.

Die ophtalmoscopische Untersuchung 5 Tage vor dem Tode ergab beiderseits grosse centrale absolute Gesichtsfelddefecte (Farben wurden auch peripher nicht erkannt), grau-röthliche Trübung und zarte radienartige Streifung der Papillen, Verwischung der Grenzen, Erweiterung und Schlängelung der Gefässe (Neuritis optica). Die microscopische Untersuchung ergab im rechten N. peroneus ausgesprochene Degeneration in allen Abstufungen, eine weniger stark ausgesprochene im linken N. peroneus und rechten tibialis. Die entsprechenden Muskeln zeigten weder Atrophie noch Kernvermehrung, nur kleine Hämorrhagien im Perimysium int. und stellenweise die Querstreifung etwas verschwommen. Lumbal- und Coccygealnerven (cauda equina) waren bis zur Höhe des Kreuzmarkes deutlich degenerirt, die Degeneration nahm aber nach oben rapid ab. Das Rückenmark sowie die Nervenfasern der vorderen und hinteren Wurzeln waren intact.

Die Nn. oculomotorii zeigten nur innerhalb der Orbitalhöhle eine nachweisbare bedeutende Degeneration, ebenso wie die intra-orbitalen Theile der N. abducentes. Die Nervenkerne des N. oculomotorius, trochlearis und abducens waren völlig intact, desgleichen die Nn. optici.

Hoppe (Allenberg).

---

287) Prof. Dr. **A. Fraenkel:** Ueber multiple Neuritis.
(Deutsch. med. Wochenschr. 1891, Nr. 53.)

Nachdem Verf. einen früher von Senator beschriebenen Fall von multipler Neuritis erwähnt, bei welchem der Erkrankung der Nerven eine acute infectiöse Polymyositis vorangegangen war, bespricht er die über sein Thema in den letzten Jahren veröffentlichte Litteratur. Man hat von verschiedenen Seiten, namentlich auf ein gleichzeitiges Ergriffensein gewisser centraler Partien, so der grauen Substanz der Vorderhörner, der weissen Substanz des Rückenmarks u. a. aufmerksam gemacht. Vor allem hat Pal in 4 genau untersuchten Fällen von multipler Neuritis mit folgender Autopsie erhebliche Veränderungen im Rückenmarke nachweisen können und nimmt auf Grund derselben an, dass das schädliche Agens, welches wahrscheinlich eine toxische Substanz ist, seine Wirkung auf die verschiedensten Punkte

der Leitungsbahn der Nervenfasern ausüben könne, sowohl auf die Peripherie als auch auf den Verlauf der Faser im Rückenmark. Wenn man bedenkt, dass umgekehrt bei unzweifelhafter Tabes auch die periphere Faser erkranken kann und dass die beiden Affectionen gemeinsame Symptomengruppe eine sehr grosse ist, so wird man die Schwierigkeiten einer Differentialdiagnose begreifen.

Fraenkel theilt nunmehr 3 hierher gehörige Krankengeschichten mit:

Im ersten Falle handelt es sich um einen Mann von 50 Jahren, der zuerst unter Reissen in den Gliedern erkrankte und wenige Wochen später jenes Bild psychischer Erkrankung — Verfolgungsideen, Amnesie, Verwirrtheit etc. — bot, wie es von Korsakoff, Strümpell, Oppenheim und Pal bei Neuritis multiplex in Folge von Ileotyphus, Abort mit Zurückhaltung von Fruchtresten u. a. genauer beobachtet und beschrieben worden ist. Er hatte daneben eine hochgradige Schwäche in den unteren Extremitäten, herabgesetzte Sensibilität, fehlende Sehnenreflexe, Atrophie der Extensoren des Unterarms, Schmerzhaftigkeit auf Druck an der Fusssohle und im Gebiete des N. ulnaris und medianus. Puls 80—90. Temperatur normal. Patient geht unter allgemeiner Prostration zu Grunde. Patient war Potator und soll auch Syphilis gehabt haben. Die Section ergab ausser einem sehr schlaffen Herzen keine wesentlichen macroscopischen Veränderungen. Microscopisch liess sich eine hochgradige degenerative Atrophie der Nervenfasern feststellen, welche sich in scholligem Zerfall der Markscheide, in theilweisem Verluste derselben, sowie zugleich der Achsencylinder und einer endoneuritischen Zunahme des Bindegewebes äusserte. Die Muskelsubstanz war verhältnissmässig wenig verändert. Das Rückenmark erwies sich bis auf eine leichte Bindegewebsverdickung in den Goll'schen Strängen intact.

Im zweiten Fall erkrankt ein Tapeziererlehrling von 14 Jahren nach längerem Arbeiten im Nassen unter Ameisenlaufen und Kribbeln im rechten Arm. 12 Tage später ist sein rechter Arm vollkommen gelähmt, der linke ist in seiner Motilität beschränkt. Muskulatur und Nervenstämme sind auf Druck enorm schmerzhaft. Keine Patellarreflexe, kein Fussklonus. Pupillen sind gleich weit und reagiren gut. Puls 68—76. Der linke N. radialis reagirt auf den faradischen Strom gar nicht, rechts und in beiden N. peroneis ist die Erregbarkeit stark herabgesetzt. Ferner besteht Entartungsreaction in den Extensoren des Vorderarms beiderseits und in den Streckmuskeln des Fusses. Ausserdem entwickelt sich ein ungewöhnlich hoher Grad von Polysarcie, so dass Patient den Eindruck macht, als litte er an der Erb'schen Dystrophia muscularis progressiva. Dieselbe verdeckt zum Theil die faktisch vorhandene Atrophie der Muskulatur. Eine ausserdem bestehende Lordose wird ebenfalls auf Parese der Rückenstrecker zurückzuführen sein. Die Prognose erscheint quoad restitutionem ziemlich trübe.

Der dritte Fall zeigt einen befriedigenderen Ausgang, als die ersten beiden. Er betrifft einen tuberculösen Kutscher von 29 Jahren, der an tuberculöser Neuritis erkrankt war und folgendes Bild darbot: Totale Lähmung beider oberen Extremitäten, die unteren Extremitäten sind stark paretisch, leichte Parese des rechten Facialis, Heiserkeit in Folge einer linksseitigen Stimmbandlähmung, das linksseitige Stimmband stand in Cadaver-

stellung. Grosse Schmerzhaftigkeit der Muskulatur und der Nervenstämme und Herabsetzung der Sehnenreflexe. Ausserdem die mittelschwere Form der Entartungsreaction. Unter sehr guter Ernährung gehen die Lähmungen trotz mehrfach aufgetretener Haemoptoë zurück. Es bestand zuletzt nur Schwäche der Hände im Gebiete der Extensoren.

Multiple Neuritis bei Tuberculose ist nicht allzu selten und kann acut verlaufen mit Haemorrhagien in das Perineurium, wie in dem Rosenheimschen Falle, oder auch chronisch. Der Ausgang ist ein wechselnder. In einem von Martius beobachteten Falle gingen kurz vor dem Exitus noch alle Symptome von Neuritis zurück. P.

288) **Eugène Riggs** (St. Paul, Minn.): Extreme loss of muscle sense in a phthisical patient.

(The journal of nervous und mental disease. July 1891.)

Die kurze Mittheilung hält nicht, was der Titel verspricht. Es handelt sich um Ataxie der unteren Extremitäten (besonders in der Fussmuskulatur) bei einem 10jährigen, von phthisischen Eltern abstammenden Mädchen, das eine Woche hindurch alles erbrochen hatte. Erst nach Heilung der Ataxie konnte Phthise nachgewiesen werden, welcher das Kind später erlag. Strauscheid.

289) **M. N. Popow** (Charkow). Paralitischeskoje siphilitischeskoje slaboumije (Dementia paralytica syphilitica).

4 Fälle von progressiver Demenz mit paralytischen Symptomen bei Syphilitikern in sehr eingehender Schilderung. In allen 4 Fällen fehlte jede Wahnbildung, die Psychose hatte weder einen maniakalischen, noch einen melancholischen oder hypochondrischen Character. P. will desshalb Fälle dieser Art von der syphilitischen Pseudo-Paralyse trennen und als dementia primaria paralytica syphilitica bezeichnen. Als besonders characteristisch bezeichnet P. das gleichgültige Hindämmern dieser Kranken, während ein Fall sich durch explosive Zornmüthigkeit auszeichnete. Kurella.

290) **Cramer** (Eberswalde): Ueber das Verhalten des Blutdrucks während der Angst der Melancholischen.

(München. med. Wochenschrift 1892 39. Bd. 2. und 3. Heft.)

Mittelst des v. Basch'schen Sphygmomanometers wurde bei Melancholischen der Blutdruck an der Radialis gemessen. Bei dem Wechsel des Blutdrucks auch bei normalen Menschen musste davon abgesehen werden, Vergleiche zwischen den Blutdruckverhältnissen bei diesen mit denen bei Melancholischen anzustellen. Da auch in Folge der Ernährungsverhältnisse der Blutdruck sich bei den Kranken während der Krankheit anders verhält, als während der Reconvalescenzperiode, so blieb nur übrig zu untersuchen, ob während der Melancholie selbst Schwankungen vorkommen, wie sie sich an ein und demselben Individuum unter normalen Verhältnissen nicht finden und weiter, ob diese Schwankungen in Zusammenhang mit der Angst stehen und ferner, ob bei der Folie circulaire in Fällen, wo ein rascher Wechsel in den einzelnen Phasen stattfindet, eine Veränderung im Verhalten des Blutdrucks in der melancholischen und maniakalischen Periode stattfindet.

Die Messungen wurden Abends und Morgens angestellt und konnten natürlich nur bei solchen Kranken vorgenommen werden, welche nicht durch motorische Unruhe störten.

Aus den Versuchsreihen, welche mit der Krankheitsgeschichte wiedergegeben werden und graphisch dargestellt sind, ergeben sich die Resultate, dass während der Angst der Melancholiker der Blutdruck steigt, dementsprechend in ausgedehnten Gefässprovinzen eine Contraction stattfindet und diese Gefässcontraction mit grosser Wahrscheinlichkeit als eine bedingende Ursache für die Angst anzusehen ist.

Hierzu ist noch hinzuzufügen, dass sich ein deutlich erkennbarer Zusammenhang zwischen der mit der Angst eintretenden Blutdrucksteigerung und der Schlagfolge des Herzens nicht nachweisen liess und auch die Respirationsfrequenz keine regelmässig wiederkehrenden Unterschiede während der Angst und des angstfreien Intervalls aufwies. Ascher.

---

291) **U. Stefani** (Padova): Contributo allo studio dell' ansia nevrastenica e dei fenomeni che l'accompagnano.

(Riv. sperim. di freniatria e di med. leg. Bd. 17 Heft 3 1891.)

Verf. bespricht ausführlich einen Fall von Zwangsirresein, der seinen Ausgang nahm von einer Gemüthsstörung, von welcher erst später die Störungen in der Gedanken- und Willenssphäre als directe Folge sich ableiteten. Zugleich war der Fall ausgezeichnet durch das Auftreten von Gesichts- und Gehörshallucinationen. Die genaue Analyse aller Erscheinungen mögen im Originale nachgelesen werden. Strauscheid.

---

292) **S. Wilks.** An address on some of the more unusual Phenomena of epilepsy.

(The Brit. med. Journ. 2. Januar 1892 pg. 2.)

Eine cursorische Besprechung von den sog. epileptischen Aequivalenten oder den sog. partiellen Epilepsieen ähnlichen Symptomen an der Hand einer grossen Casuistik. Die interessante Arbeit muss im Original gelesen werden. Wichmann.

---

293) Prof. Dr. **Wagner** in Graz. Psychische Störungen nach Wiederbelebung eines Erhängten.

(Separatabdruck aus der Wiener klin. Wochenschr.1891 Nr. 53.)

Verf. vervollständigt in diesem Aufsatze die von ihm im 8. Band der Jahrbücher für Psychiatrie zusammengestellte Litteratur und theilt folgenden zur gerichtsärztlichen Untersuchung gekommenen Fall mit.

22jähriger, stark hereditär belasteter Mann, der in der Kindheit ein schweres Schädeltrauma erlitt und infolge Gelenkrheumatismus ein vitium cordis acquirirt hat, geräth mit seinem Vater, der ihn wegen seiner Faulheit und Arbeitsscheu zur Rede stellt und schlägt, in Streit und Prügelei; schliesslich sticht der Sohn dem Vater ein Messer in den Hals und erhängt sich gleich darauf an der Stubendecke. Bald abgeschnitten, wird der Selbstmörder durch Bespritzen mit Wasser etc. zum Leben gebracht, verfällt dann in heftige Convulsionen und stösst unartikulirte Schreie aus. Er wird in die Klinik gebracht und zeigt sich hier ganz verworren und sehr renitent;

Gang taumelnd; Auskünfte sind in den ersten Stunden nicht von ihm zu erhalten. Dann gibt er auf Fragen Antwort, ist aber sehr ungehalten über die Fragen, ist über Zeit und Ort nicht orientirt. Von dem Vorfalle mit seinem Vater und dem Suicidium will er nichts wissen. Am anderen Morgen ist er viel klarer, gibt prompte Antwort, weiss aber nicht, wie lange und wesshalb er in die Klinik gekommen ist. Die vorhandene Lücke in der Erinnerung ersetzt er theilweise durch thatsächliche Erlebnisse aus früheren Jahren; so erklärt er eine frische Stirnwunde durch einen Sturz von der Scheune, der aber in Wirklichkeit vor einigen Jahren sich zugetragen hatte. In den nächsten Tagen erinnert sich der Kr. successive an mehr und mehr Einzelheiten von dem Vorgefallenen, doch laufen immer noch Erinnerungstäuschungen unter. Erst nach einigen Wochen erinnert er sich mit grösserer Vollständigkeit und Treue der Vorgänge des fatalen Tages. Es bestand zweifellos nach dem Selbstmordversuch eine Geistesstörung, doch ist es im gegebenen Falle nicht möglich gewesen zu entscheiden, ob nicht schon vor dem Suicidiumsversuch eine solche vorgelegen hat. Das Gericht sprach den Angeklagten frei wegen der eingangs erwähnten hereditären und constitutionellen Anomalien und wegen der erwiesenen Thatsache, dass der Angeklagte bei der Prügelei von seinem Vater eine gewiss mit einer leichten Hirnerschütterung verbundene Schädelverletzung (die Stirnwunde) erlitten hatte, deren Wirkung bei dem in so hochgradigem Affect befindlichen Hirn um so höher anzuschlagen sei.

Dr. Feist.

---

294) Prof. **E. E. Moravcsik.** Ueber die Initialsymptome der progressiven Paralyse.

(Orvosi hetilap 1892 Nr. 1 und 2.)

Nach einleitenden Bemerkungen über die diagnostischen Schwierigkeiten bei Feststellung der Paralyse in ihren frühesten Anfängen bespricht der Verfasser in seinem Artikel in eingehender Weise und sich auf zahlreiche eigene Beobachtungen stützend das Einleitungsstadium der progressiven Paralyse. Neben den psychischen Anomalien finden auch die somatischen eine entsprechende Berücksichtigung, indem die letztern nicht selten der psychischen Alienation vorangehen und viel Characteristisches involviren. Als interessante Erscheinung hebt Verfasser aus seiner Erfahrung das schon wiederholt von ihm bei angehenden Paralytikern ohne sonstige psychische Anomalie beobachtete Auftreten von Delirien hervor, die die eheliche Untreue zu ihrem Gegenstande haben; gerade so wie beim chronischen Alkoholismus, ohne jedoch, dass in solchen Fällen Alkoholmissbrauch als ätiologisches Moment nachweisbar wäre.

Unter den somatischen Symptomen erwähnt der Verf. die Verdauungsstörungen als sehr häufige Anfangserscheinung. Selbe entstehen ohne nachweisbare Ursache, persistiren neben einigen nervösen Symptomen bei total erhaltener Intelligenz. Wenn dann die psychischen Schwächezustände eintreten, verschwindet die Magenaffection und macht einer grossen Gefrässigkeit der Kranken Platz, ohne dass diese trotz massenhaft eingeführter Nahrung an Körpergewicht zunehmen. Unter die Initialsymptome reiht Verf. auch die hauptsächlich zur Nachtzeit einsetzen-

den Temperaturerhöhungen sowie die daneben auftretende stärkere Salivation und Acne facialis. Ueber Hitzegefühl im Kopfe klagen solche Kranke sehr oft und in der That ist auch palpatorisch eine Temperaturerhöhung der Haut constatirbar. Diese Temperatursteigerungen könnten als Reizzustände der Wärmecentren im Cortex angesehen werden. Zum Schlusse wird die Unzulänglichkeit der anatomischen Befunde bei Paralyse zur Erklärung der geschilderten Initialerscheinungen Erwähnung gethan.

Ostermayer (Budapest).

---

295) **Israel** (Berlin): Ein Fall von pulsirendem Exophthalmus. — Vortrag in der Berl. med. Gesellsch.

(Berl. kl. Wochenschr. 1892, Nr. 3.)

Der Fall von rechtsseitigem cavernösem Tumor der Schläfengegend mit Exophtalmus bei einem 15jährigen jungen Manne interessirt hier wegen seiner Complicationen und der ätiologischen Verhältnisse. In erster Hinsicht ist ein gewisses Maass halbseitiger Gesichtsatrophie (rechte Gesichtshälfte schmäler als die linke) und Herabsetzung der Sensibilität im Gebiete des zweiten Astes des Trigeminus zu nennen, dazu kommt ein congenitaler Defect am rechten Pectoralis major, dessen Pectoralportion nicht vorhanden ist, und eine Anzahl von Hautanomalien, indem der ganze Körper sich besät zeigt mit pigmentirten theils behaarten, theils unbehaarten naevis, theils molluscumähnlichen Geschwülsten, theils flachen kleinen Angiomen, in deren Umgebung sich eine Zone von Pigmentatrophie der Haut findet. — Diese Hautanomalien sind beim Vater des Patienten, welcher Epileptiker ist, in noch höherem Maasse vorhanden. Vater und Sohn haben genau an derselben Stelle den grössten braun pigmentirten Naevus. Der Sohn scheint übrigens psychisch etwas langsam zu sein, zeigt ferner die eigenthümliche Schmalheit, gothische Spitzbogenwölbung und schnabelartige Verlängerung des harten Gaumens, welche wahrscheinlich auf praematurer Synostose an der Schädelbasis beruht. — Dass der pulsirende Tumor in der Orbita mit den verschiedenen Anomalien in einem inneren Zusammenhange steht (Degenerationszeichen!), beweist ein zweiter Fall bei einem anderen Patienten, welcher dieselben Combinationen der Hautanomalien mit pulsirendem Exophtalmus und einem Tumor in der Schläfengegend bietet (derselbe hatte vor 10 Jahren die Form eines lang herabhängenden rothen Wulstes). Am Kopfe zeigte sich eine thalergrosse cavernöse flache Geschwulst der behaarten Kopfhaut, auf der Nase eine rothe Teleangiektasie, am Halse, am Rumpfe, an den Extremitäten zahllose cavernöse Geschwülstchen, Naevi und Mollusca.

Hoppe (Allenberg).

---

296) Dr. **Ponnini**: Mattoidi o imbecilli.

(Rassegna clinica e statistica della Villa di Salute di Palermo 1891, Fasc. I.)

Verf. bezeichnet eine Klasse von Menschen, die, ohne eigentlich geisteskrank, imbecill oder epileptisch zu sein, öfters für kürzere oder längere Zeit in die Irrenanstalten untergebracht werden, als Sociale Imbecille. Es sind dies Leute, die zwar normale Intelligenz besitzen, denen aber eine einseitige Erziehung keinen practischen Blick für's Leben beigebracht hat. Sie stossen darum überall an, keine Beschäftigung will ihnen recht gelingen, ihre Ka-

meraden ziehen sie nicht in ihren Kreis. Sie wechseln daher vielfach ihren Beruf, ziehen oft von einem Ort zum andern, nehmen sich immer vor, ihr Möglichstes zu thun und ein neues Leben zu beginnen. Ein Theil dieser Unglücksmenschen endet durch Selbstmord, da sie sich als Ausgestossene vorkommen. Ein anderer Theil fühlt sich verfolgt, wird missvergnügt und endlich nervös. Ein gelegentlicher Streit oder ein Excess in der Trunkenheit bringt derartige Unglückliche in's Irrenhaus. Hier betragen sie sich sehr gut, sind fleissig und erlangen nach einiger Zeit ihre Freiheit wieder.

Die Socialen Imbecillen sind — soweit die Erfahrung des Verfassers reicht — intelligent und gutartig und zeigen auch nicht mehr somatische Degenerationszeichen als völlig normale Menschen.

Verf. führt zwei Beobachtungen aus seiner Erfahrung an, die die von hm beschriebene Geistesabnormität durch Erziehungsfehler demonstriren.

Dr. Feist.

---

297) **V. Parant:** La médecine légale des aliénés aux états-unis d'Amérique. (Ann. méd.-psych. 1891, juill.-août.)

Bis vor wenigen Jahren galt in den Vereinigten Staaten von Nordamerika noch immer der alte englische Grundsatz, dass die Zurechnungsfähigkeit eines Verbrechers dann als erwiesen gilt, wenn er im Stande ist, gut und böse zu unterscheiden. Gegen diese veraltete Anschauung wurden erst in neuester Zeit Regungen laut. Vor allem war es die Gesellschaft für gerichtliche Medecin in New-York, welche in ihren Bestrebungen dagegen auftrat. Mehrere Processe gaben directen Anlass dazu und namentlich verdient der Richter Sommerville, welcher äusserst energisch dagegen auftrat, hier genannt zu werden. Die gemeinsame Arbeit bedeutender Juristen und Mediciner brachten eine entschiedene Besserung zu Stande, derart, dass sich der oberste Gerichtshof in Alabama im Jahre 1886 folgendermassen zu entscheiden veranlasst sah: Unzurechnungsfähig ist ein Individuum, welches 1) nicht im Stande ist, gut und böse zu unterscheiden, 2) welchem die Fähigkeit der freien Wahl zwischen gut und böse abgeht und 3) dessen Geisteskrankheit in intimem Connex mit dem Verbrechen steht, so dass der verbrecherische Akt direct aus der krankhaften Idee entsprungen ist. In ähnlicher Weise sprach sich zwei Jahre später, 1888, der oberste Gerichtshof in Washington aus. Wenn auch diese Entscheidungen manche Widersprüche erfahren, so waren sie doch geeignet, allmählich ähnliche Rechtsanschauungen bezüglich geisteskranker Verbrecher hervorzurufen, wie sie in den meisten europäischen Staaten üblich sind.

Lehmann.

---

208) **S. Ottolenghi** (Turin): Epilessie psichiche.
(Rivista sperimentale di fren. e di med. legale, Bd. 16, H. 4 u. Bd. 17, H. 1—2.)

O. fand bei einer genauen Untersuchung der Insassen des Turiner Kerkers eine Reihe degenerirter Individuen, welche alle mehr oder minder deutlich Symptome von psychischer Epilepsie darboten, eine Krankheit, auf welche auch durchgehends die Strafthaten zurückzuführen waren. Er theilt

12 Beobachtungen von Verbrechern ausführlich mit, um alsdann ein Krankheitsbild der psychischen Epilepsie, wie sie bei den Verbrechern auftritt, zu entwerfen. Zunächst findet man bei diesen Individuen mehr oder minder zahlreiche Degenerationszeichen, vorspringende arcus superciliares, stark entwickelte Jochbogen und Unterkiefer, Asymmetrie des Gesichts und Hirnschädels etc. Nie fehlten Narben am Kopfe als Folge von Schlägereien, Suicidalversuchen oder einfach von Krampfanfällen. Die Sensibilität pflegt mehr oder weniger in allen Arten herabgesetzt zu sein, mit Ausnahme jedoch der Sehschärfe, die fast immer gut ist. Sehr früh pflegt der Geschlechtstrieb zu erwachen. Was den Stoffwechsel angeht, so ist nach psychischen Anfällen die Ausscheidung der Phosphorsäure und des Harnstoffes in der Regel stark vermehrt. In psychischer Hinsicht fällt zunächst das häufige Vorkommen von Illusionen und Hallucinationen auf. Dieselben treten ganz unabhängig von einem Anfalle im alltäglichen Leben auf. Von den Störungen des Bewusstseins sind jene kurzen Geistesabwesenheiten, welche das sog. petit mal ausmachen, von hervorragender diagnostischer Wichtigkeit. Das, was die psychische Epilepsie characterisirt, ist das psychische Aequivalent, der grosse psychische Anfall. Derselbe besteht in einer Convulsion, welche in den corticalen Centren localisirt ist und sich bei Einzelnen kundgibt durch ausserordentlich heftige, ungestüme, impulsive, höchst gefährliche Handlungen, welche gegen die Mitmenschen, zuweilen auch gegen sie selbst gerichtet sind. Als epileptische lassen sich diese Anfälle erkennen durch ihre ausserordentliche Heftigkeit, durch die mehr oder minder vollständige nachherige Amnesie, durch den Schlaf, der ihnen oft folgt, durch das Fehlen von Gründen für das Verbrechen und das grosse Missverhältniss zwischen Ursache und Wirkung. Leichter als diese grossen psychischen Anfälle werden übersehen oder verkannt die epileptischen Dämmerzustände, die einem Anfalle vorhergehen, ihm folgen oder auch unabhängig von ihm auftreten können; sie können nach Ansicht des Verf. von nur wenigen Stunden bis zu einigen Jahren dauern. Bekannt ist die Neigung der Kranken, in diesem Zustande weite Reisen zu machen. Dass in diesem Zustande aber auch leicht Verbrechen unternommen und ausgeführt werden, dafür führt O. mehrere Beispiele an. Der Dämmerzustand kann eine Zeit lang fortdauern und dann mit Bewusstsein verbunden sein; Verf. nennt dies eine Art von secondo stato epilettico: das Individuum weiss, was es thut, erinnert sich auch später daran, aber handelt anders wie früher; es begeht eine Reihe unmoralischer Handlungen, welche mehr oder weniger deutlich krankhaft sind. In einem solchen Zustand ist das Bewusstsein vorhanden, aber es fehlt das Unterscheidungsvermögen. Die betreffenden Individuen wissen wohl später mehr oder weniger, was sie gethan, können dies aber nicht erklären; so in dem Falle eines wohlhabenden Soldaten, der nach dreijähriger musterhafter Dienstzeit plötzlich während eines Monats allerhand Kleinigkeiten (Löffel, Gabeln, Messer etc.) stahl und sie per Post seinem ahnungslosen Bruder schickte, der gleichfalls wohlbegütert war. Dieser vorübergehende Zustand von moralischem Irresein vertritt den typischen motorischen Anfall, der in dem erwähnten Falle einige Monate später eintrat und auch schon früher aufgetreten war.

Bekannt ist die grosse Häufigkeit von vertigo, die oft mit einem zügellosen Laufbedürfniss verbunden ist, bei der psychischen Epilepsie.

Immer pflegt der epileptische Character (starker Egoismus, grosse Reizbarkeit, die oft mit Imbecillität verbunden ist) deutlich ausgesprochen zu sein. Von hoher Bedeutung ist bei Epileptikern die Prüfung des Gedächtnisses; für die Handlungen während eines psychischen Anfalles und während des Dämmerzustandes besteht Amnesie. Von Wichtigkeit ist die Kenntniss des Vorkommens verzögerter Amnesie: wie der Gesunde direct nach dem Erwachen oft noch deutlich das Geträumte weiss, es aber später vergisst, so kann derjenige, welcher während eines epileptischen Zustandes ein Verbrechen beging, sich in den ersten Stunden nachher desselben erinnern, um es nachher dennoch vollständig zu vergessen. Für die während des secondo stato epilettico begangenen Handlungen besteht keine Amnesie. Oft findet man bei den Epileptikern Neigung zu starkem Alcoholgenuss, der in der Regel schlecht ertragen wird. Nicht selten findet man das religiöse Gefühl entwickelt und zwar oft bei den schlimmsten Mördern. Die Stimmung pflegt eine deprimirte zu sein. Kopfschmerzen sind ausserordentlich häufig. Die Bildung ist meist eine mässige, doch hängt dies mehr von den socialen Verhältnissen der Individuen, wie von deren Intelligenz ab, die durchgehends eine gute ist; erwähnt sei, dass fast stets die Diebessprache bekannt ist. Hereditäre Belastung fehlt wohl nie. Alle waren in mehr wie einer Berufsart thätig gewesen. Bei allen ist der Sinn für Moral defect, oder aber er fehlt völlig; auch hier beobachtet man, wie bei den Verbrechern überhaupt und bei den Prostituirten, dass mit der Beschränktheit des moralischen Sinnes Hand in Hand geht eine Beschränkung der Function der specificirten Sinne. Von den verschiedenen Verbrechen (gegen das Leben der Mitmenschen, gegen das eigene, gegen das Eigenthum oder gegen die Scham) wurden die schlimmsten, grässlichsten von denjenigen begangen, welche die meisten Degenerationszeichen und die stärksten Functionsstörungen darboten.

O. bespricht des weiteren die Differentialdiagnose der psychischen Epilepsie mit Alcoholismus, raptus melancholicus, mania transitoria und Somnambulismus. Was die Beziehungen der psychischen Epilepsie zum Verbrecherthum angeht, so spricht O. seine Meinung dahin aus, dass die verschiedenen Grade der psychischen Epilepsie die Verbindungskette zwischen der Epilepsie und der Criminalität bilden, welche letztere eine echte psysiche Epilepsie in verdünntem Grade sei.

Was die Verantwortlichkeit der Epileptiker angeht, so muss der ärztliche Sachverständige bei Handlungen, die während eines completen psychischen Anfalles bei aufgehobenem Bewusstsein geschehen, natürlich die absolute Unverantwortlichkeit betonen; auch bei den im Dämmerzustande oder im zweiten epileptischen Zustande (secondo stato epilettico) begangenen Thaten, von denen eine vage Erinnerung bleibt, dürfte vom wissenschaftlichen Standpunkte aus irgendwelche Verantwortlichkeit kaum zuzugeben sein; endlich bei denjenigen Handlungen, welche in jenem subepileptischen Zustande geschehen, der ausserhalb der Anfälle als der gewöhnliche Zustand des psychischen Epileptikers betrachtet werden muss, dürfte mindestens auf eine beträchtlich herabgesetzte Verantwortlichkeit zu plädiren sein.

Leider konnten im Vorstehenden die sehr interessanten Beobachtungen des Verf. selbst nicht näher geschildert werden; dieselben müssen im Original nachgelesen werden.

Strauscheid.

299) **Wiedow** (Freiburg): Das enge Becken als Degenerationszeichen. — Vortr. auf dem Gynäkologencongress zu Bonn 1891.

(Ref. der Berl. kl. Wochenschr. 1891, Nr. 50.)

Unter 35 Frauen mit deformen Becken fand sich

1) in 4 Fällen Cretinismus,
2) in 10 Fällen gleichzeitig Anomalien des Skeletts: abnorme Schädelbildung, vorspringende Stirn, zurückweichende Nasenwurzel, Prognathismus, Verkrümmung der Wirbelsäule und der Extremitäten,
3) in 7 Fällen auffallend kleiner Körperwuchs,
4) in 11 Fällen gleichzeitige Anomalien der Geschlechtsorgane: mangelhafte Entwickelung der Brustdrüsen, der äusseren Geschlechtstheile, des Uterus,
5) in 3 Fällen Struma.

W. betrachtet demnach das enge Becken als Ausdruck einer Anomalie des Gesammtorganismus. Hoppe (Allenberg).

---

300) **Wildt** (Maastricht): Caput obstipum congenitum.

(Nederl. Tijdschrift v. Geneeskunde 1892, Nr. 7.)

Verf. hat in einem Fall von angeborenem Torticollis den m. cleidomastoideus blossgelegt; macroscopisch war daran von Muskelgewebe nichts zu sehen; was man fand, war ein fester, sehniger Strang, der sich histologisch als Sehne auswies. Demnach besteht die Möglichkeit, dass man es bei Torticollis mit einer Entwicklungs-Anomalie in dem Sinne zu thun hat, dass der sterno-cleido-mastoideus ursprünglich als ein musculus semipennatus angelegt ist, somit zum grössten Theil aus Sehnengewebe besteht und beim Wachsthum des Patienten sich nicht entsprechend dem symmetrischen Muskel der anderen Seite entwickelt. Kurella.

---

301) **Ch. Féré**: Une anomalie du coccyx chez un épileptique.

(Nouv. iconographie de la Salpêtrière, 2, 1892.)

Verf. hat schon früher unter zahlreichen anderen Körperanomalien bei Epileptikern auch eine beschrieben, die in der Geraderichtung des Kreuz- und Steissbeines besteht, welche senkrecht nach unten verlaufen und so eine Art Schwanz darstellen. Jetzt hat Verf. bei einem 27jährigen Epileptiker eine Umkehrung der Steissbeinspitze nach hinten beobachtet. Unterhalb des Kreuzbeins sieht man eine vulvaähnliche Depression von 4 cm Länge und 1,5 cm Tiefe, die nach unten begrenzt ist durch die nach hinten gebogene, unbewegliche Steissbeinspitze. Die Haut darüber ist normal. Die vordere Fläche des Steissbeins stellt eine regelmässige Convexität ohne Ungleichheit dar. Dieser Befund zeigt wieder einmal, dass bei Degenerirten fast kein Organ immer verschont bleibt. Strauscheid.

---

302) **J. Séglas** (Paris): De l'examen morphologique chez les aliénés et les idiots.

(Nouvelle iconographie de la Salpêtrière 1891, Nr. 3, 4.)

Verf. gibt eine kurze, vortreffliche Uebersicht über alle die Punkte, welche bei einer morphologischen Untersuchung der Irren und Idioten zu berücksichtigen sind; er schildert alle diejenigen theils pathologischen, theils

degenerativen Abweichungen von der Norm, welche die Aufmerksamkeit des Irrenarztes speciell in Anspruch nehmen müssen. Ueber die wirkliche Bedeutung der Degenerationszeichen gehen die Meinungen noch vielfach auseinander; jedenfalls haben nicht alle denselben Werth. Nur durch ein genaues Studium der Natur und der Ursachen dieser Stigmata wird man zu einem Verständniss ihrer wahren Bedeutung gelangen. Das Studium der Embryologie, der Pathologie, der vergleichenden Anatomie und der Hygiene kann uns allein die Vorkenntnisse und die vorläufigen Aufschlüsse liefern, die nöthig sind, um auf eine Degeneration zu schliessen — ein unbestimmtes, höchst dehnbares Wort, welches zum Theil nur unsere Unkenntniss in vielen Dingen verbirgt und welches heute bei der grossen Anzahl der zu beurtheilenden Dinge schlechter umgrenzt ist denn je und demnach einer Menge verschiedener Deutungen unterworfen ist. Gerade desshalb aber ist ein genaues systematisches Studium eines jeden Falles nöthig, ein Eingehen auf den Ursprung und die Natur der morphologischen Abweichungen, damit auch hier endlich eine sichere Grundlage gewonnen werde.

Strauscheid.

---

303) Dr. **Richter** (Dalldorf): Ueber Ausgüsse von Schädeln Geisteskranker. (Virch. Arch., Bd. 128; Hft. 2.)

Verf. hat von 242 Schädeln von mit den verschiedensten Geisteskrankheiten behafteten Individuen Gypsausgüsse hergestellt, eine Reihe von Maassen an denselben genommen und die Indices berechnet. Er hat seine Resultate unter verschiedenen Gesichtspunkten tabellarisch geordnet. Er hat die Beobachtung gemacht, dass man nur sehr vorsichtig von der äusseren Form eines Schädels auf seine innere Gestaltung schliessen darf. Die äusseren Abweichungen mildern sich offenbar auf dem Wege von der äusseren zur inneren Knochentafel ab und das Hirn wirkt während seiner Entwickelung im Innern des Schädels ausgleichend. So kommt es, dass die Charactere, die an weiblichen Schädeln zum Unterschiede von männlichen hervorgehoben werden, an den Ausgüssen überhaupt nicht zu bemerken sind. Sehr häufig fand sich (79 Mal) die linke Occipitallappenspitze stärker entwickelt als die rechte. Nur 8 Mal war das Umgekehrte der Fall. Verf. erklärt dies durch den kräftigeren Hirnpuls der linken Seite in Folge des geraderen Gefässlaufes der carotis. Selbst beträchtliche Bildungsstörungen der Convexitaet ziehen selten die Schädelbasis in Mitleidenschaft, welch' letztere überhaupt nur wenige Male erheblich verändert erschien.

Dr. Feist.

---

304) **Arbo**: Fortsatte Bidrag til Normaendenes fysiski Antropologie. (Beitrag zur physischen Anthropologie der Norweger. Forts.) (Norsk Magazin for Laegevidenskaben 1891, p. 731 u. 1011.)

Verf. hat schon früher ähnliche Untersuchungen mitgetheilt, die er an der Bevölkerung (Soldaten) einiger östlicher Thäler Norwegens (Halleigdal und Valders) gemacht und in Heiberg's Biologischen Mittheilungen, 2. Heft 1884, veröffentlicht hat. Diese Mittheilungen werden nun durch seine Beobachtungen an der Bevölkerung von Osterdal und Gudbrandsdal fortgesetzt. Ausser einer allgemeinen Characteristik der verschiedenen Typen

theilt er craniometrische Tabellen, Längenmessungen u. s. w. mit. Die Abhandlung enthält zahlreiche Abbildungen im Profil und en face, eignet sich aber nicht zum Referat. P. Koch (Kopenhagen).

---

305) **E. Kraft**: Den norske Race's fysiske Degeneration i Nordamerika. (Die physische Degeneration der norwegischen Race in Nordamerika.)

(Norsk Magasin for Laegevidensk. 1891, p. 1040.)

Der Verf. hält es für unzweifelhaft, dass die norwegische Race in den Vereinigten Staaten in körperlicher Hinsicht zurückgeht. Die Kinder, die geboren werden, sind schwächer, von zarterem, leichterem Körperbau, geringerer Muskelkraft und geringerer Widerstandsfähigkeit seitens der Respirations- und Circulationsorgane. Als Ursachen hierfür vermuthet K. 1) das Klima; es ist in denjenigen Theilen des Landes, welche von den Norwegern bevorzugt werden (Illinois, Wisconsin, Minnesota, Jowa und Dacota) sehr verschieden von dem ihrer Heimath, kälter im Winter und im Sommer wärmer. Die Luft ist im Winter trocken und scharf, im Sommer schwer und drückend, die Vegetation spärlich. 2) Die Ernährung ist äusserst einförmig und besteht zum grössten Theil aus schwer verdaulichen Stoffen (schlechtem Ochsenfleisch, Schinken, Kartoffeln, Weizenbrod, Butter, fast gar keiner Milch, aber reichlich Kaffee). 3) Die Wohnungen sind feucht und kalt, ohne Ablauf für Grund- und Regenwasser, klein und undicht, meist aus Brettern gebaut, ohne Keller und Fundamente. 4) Starke Getränke werden in Amerika in viel grösserer Menge genossen, als in der Heimath, weil sie viel leichter zu haben sind. 5) Kautabak wird in Amerika viel mehr consumirt, als in Norwegen und zwar in trockener Form, so dass zu seiner Aufweichung eine viel grössere Speichelmenge verbraucht wird, die durch das beständige Ausspeien der Verdauung verloren geht. — Im Gegensatz hierzu entwickelt sich die Intelligenz in höherem Grade, was K. auf die eigenthümlichen socialen Verhältnisse und die demokratischen Institutionen zurückführt. Koch (Kopenhagen).

---

306) **John Baker** (Portsmouth): Some points connected with criminals.

(The journal of mental science. July 1892.)

Die Verbrecher theilt Verf., der selbst Gefängnissarzt ist, nach ihren geistigen Fähigkeiten in 4 Klassen ein. 1) Die Gelegenheitsverbrecher, welche vollkommen gesund sind; 2) die geborenen oder Gewohnheitsverbrecher, deren Verstand normal, aber deren moralischer Sinn mehr oder weniger verkehrt ist; 3) die wesentlichen oder natürlichen Verbrecher, die mehr oder weniger intellectuell und moralisch schwach sind; 4) die geisteskranken Verbrecher. Näher geschildert wird besonders die dritte Klasse der Verbrecher, diejenigen, welche an intellectueller wie moralischer Schwäche leiden; als prädisponirende Ursache hierbei gelten Heredität (Abstammung von trunksüchtigen, geisteskranken, phthisischen, syphilitischen Eltern), congenitaler Defect, Kopftrauma, schwere Nervenkrankheiten, sowie Epilepsie. Verf. fand unter 840 Verbrechern 2,5% derartige Individuen. Sie sind durchgängig häufig bestraft, sei es wegen kleinerer Vergehen, sei es wegen der schwersten Verbrechen. Nur in letzteren Fällen wird bei den Inculpaten an einen abnormen Geisteszustand gedacht und zuweilen daraufhin

untersucht, bei kleineren Vergehen geschieht dies wohl niemals. Diese natürlichen Verbrecher sind schlechte Gefangene; sie lassen sich sehr leicht von anderen geistig überlegenen Verbrechern zur Auflehnung und Störung aufstacheln. Vielfach sind sie zu Selbstbeschädigung geneigt. So legte ein von einem phthisischen Geisteskranken abstammender viel bestrafter Verbrecher seinen Arm unter einen Waggon, so dass Amputation nöthig wurde, später zerriss er fast völlig seine Achillessehne, hierauf rief er eine Phlegmone durch einen in sein Bein hineingebrachten Kupferdraht hervor. Häufig simuliren diese Verbrecher Geisteskrankheiten und zwar abwechselnd Tobsucht und Depression. Unter den Eltern von 25 natürlichen Verbrechern war 7 Mal Alcoholismus, 5 Mal Geisteskrankheit, 2 Mal Epilepsie, 7 Mal Phthise. Von den Verbrechern selbst waren 23 Trinker, 6 syphilitisch, 6 epileptisch. — Tuberkulose ist sehr häufig. Die Stirn ist meist niedrig, bei den Epileptikern breiter. Meist sind die sinus frontales und die Jochbeine prominent. Unterkiefer meist schwach, bei 4 Epileptikern massiv. Nur bei 6 war der Gaumen normal, sonst meist schmal, spitzbogig. Mammae 12 Mal schlecht entwickelt. 7 waren tätowirt. 3 hörten schlecht, 7 sahen schlecht. Patellarreflexe fehlten 7 Mal. Die Sensibilität war durchgehends abgestumpft, besonders das Schmerzgefühl. Schliesslich betont Verf., wie schwer es für solche Leute ist, Arbeit zu erhalten; für sie muss die Gesellschaft besonders sorgen.

Strauscheid.

III. Original-Vereins-Berichte.

Physikalisch-medicinische Gesellschaft in Würzburg.

(Sitzung vom 21. Mai 1892.)

307) Privatdocent **R. Geigel**: Ueber mechanisch ausgelösten Nystagmus.

Mendel*) hat vor etwa $1^1/_2$ Jahren gezeigt, dass bei der Friedreich'schen Ataxie fehlender Nystagmus eventuell hervorgerufen werden kann dadurch, dass man die Kranken 3—4 Mal um ihre verticale Achse dreht. Es ist mir nicht bekannt, ob eine nähere Untersuchung oder Deutung dieses Phänomens von Jemand versucht worden ist. Man weiss schon lange, dass Nystagmus bei einzelnen Kranken hervorgerufen oder verstärkt werden kann durch psychische Erregung, durch gewisse Bewegung und Stellung der Augenachsen, aber auch schon durch Bewegung der Extremitäten. An etwas derartiges wird man wohl auch bei dem von Mendel künstlich hervorgerufenen Nystagmus in erster Linie zu denken versucht sein. Dem widerspricht aber eine Beobachtung, die ich an zwei an hereditärer Ataxie leidenden Brüdern zu machen Gelegenheit hatte. Wurden die Kranken 3 Mal rechts umgekehrt, so trat Nystagmus nach rechts, nach dreimaliger Linksumkehrtwendung nach links auf. Dieser Nystagmus horizontalis verlief im Genaueren so, dass die Augen nach der Rechtsumdrehung eine starke conjugirte Deviation nach rechts zeigten. Aus dieser Stellung wurden sie durch kurze Zuckungen herausgerissen, um sofort

*) Berl. med. Wochenschft. 1890, Nr. 47.

wieder nach rechts abzuweichen. Ganz so verhielt sich's nach der Linksumkehrtwendung, nur war die Richtung des Nystagmus dann auch eine umgekehrte. Das ganze Phänomen dauerte einige Sekunden, dann kamen die Augen in ihre natürliche Stellung und eine Abnormität war fernerhin nicht mehr an ihnen zu erkennen.

Der Nachweis, dass dieser Nystagmus nicht etwa reflectorisch durch Scheinbewegung der Aussenwelt während des Drehens bedingt war, liess sich leicht erbringen: Waren die Augen während des Drehens verbunden so konnte man nach Lüften der Binde das Phänomen gerade so beobachten, als wenn die Augen nicht verbunden gewesen wären. Ausser bei den erwähnten 2 Kranken habe ich das Phänomen ebenso gefunden bei einem wahrscheinlich an multipler Sclerose Leidenden, der ebenfalls in der Ruhe keinen Nystagmus hat, und bei einem Kranken, der vor etwa 1 Jahr einen Schlaganfall (Embolie einer Arteria fossae Sylvii) erlitten hat, in der Ruhe gleichfalls keinen Nystagmus zeigt; Gesunde zeigen nach meinen bisherigen Beobachtungen das Phänomen nicht. (Selbstbericht.)

Psychiatrischer Verein zu Berlin.

Sitzung vom 15. März 1892.

308) **Näcke** (Hubertusburg): Verbrechen und Wahnsinn beim Weibe.

N. hat bei einer früheren Gelegenheit den anthropologisch-biologischen Theil seines Themas vorgetragen (cf. Zeitschr. f. Psych., Bd. 47, p. 678) und kommt heute zu dem klinisch-practischen Theil. N. ging aus von einem Material, welches bestand aus 53 geisteskranken Frauen, die sich aus verschiedenen Strafanstalts-Categorien zusammensetzten, ferner aus 47 vorbestraften oder in Voruntersuchung gekommenen Geisteskranken. Fast alle waren aus Sachsen. In 75% waren die schweren und langen Strafen vorwiegend. 17% waren zur Zeit der letzten strafbaren Handlung sicher krank, 24,5% wahrscheinlich. Bei den 47 Vorbestraften sind die Vaganten vorherrschend. Auch eine grössere Anzahl wegen Todtschlags Angeklagter sind dabei. Sicher krank zur Zeit der letzten strafbaren Handlung waren ca. 20%; wahrscheinlich 23,4%. Alle diese Vorbestraften litten an verschiedenen Psychosen, wobei jedoch die Paranoia am meisten hervortrat.

Was die Heredität anbetrifft, so liess sich bei ca. 20% der Sträflinginnen in der Ascendenz Belastung nachweisen.

Was die Zeit der Erkrankung anbetrifft, so erkranken die meisten (65%) innerhalb des ersten Jahres ihrer Internirung; nach dem 2. Jahre kommen nur noch selten Erkrankungen vor. Die Isolirhaft, in rationeller Weise gehandhabt, schadet wohl selten, am wenigsten bei Gewohnheitsverbrecherinnen. Der Form der Erkrankung nach überwiegen die Paranoiker (79%), dann folgen die Manieen; von diesen dürften die meisten auch zur Paranoia zu rechnen sein. Paralyse kam nur einmal vor, im auffallenden Gegensatz zu der Häufigkeit der bei diesen Personen vorkommenden Lues.

Verhältnissmässig häufig trat bald deutliche secundäre Geistesschwäche auf. Eine specifische Gefängnisspsychose gibt es nicht.

Die Frage von der Unterbringung geisteskranker Zuchthausinsassen berührend, meint V., dass die schwer zu behandelnden Fälle in einem Adnexe der Strafanstalt untergebracht werden sollen, die harmloseren in den Irrenanstalten.

Es ist eine verkehrte Ansicht, dass geisteskranke Zuchthäusler nicht mit anderen Kranken zusammengebracht werden dürfen,

1) sind beide krank,

2) finden sich auch in anderen Krankenhäusern Leute, die früher mit Zuchthaus bestraft worden sind,

3) sind auch unter den anderen Geisteskranken Vorbestrafte,

4) sind viele schon zur Zeit der letzten That krank gewesen und kommen nur, weil sie nicht als krank erkannt werden, in's Zuchthaus.

V. geht des weiteren auf das Verhältniss zwischen Verbrechen und Wahnsinn ein. Wirkliche „geborene Verbrecher“ dürften wohl nur in ganz seltenen Fällen vorkommen. Ausser dem angeborenen Schwachsinn spielen Potus, Lues, die schlechte Erziehung etc. die grösste Rolle; auch Traumen sind zu beachten. Nach der Meinung des V. gibt es weder eine absolute Zurechnungsfähigkeit, noch einen absolut freien Willen; V. spricht sich für die Einführung der „verminderten Zurechnungsfähigkeit“ aus. Die Strafe ist ein Schutz gegen Uebergriffe; auf den Gewohnheitsverbrecher wirkt sie nicht bessernd. Jeder Strafanstaltsarzt sollte Psychiater sein.

An der Discussion betheiligen sich ausser dem Vortragenden Heimann, Mendel und Leppmann.

309) **Cramer** (Eberswalde): Ueber das Verhalten des Blutdrucks bei primären Stimmungsanomalien (cfr. Referat Nr. 290).

V. hat in 3 Fällen von Manie und 7 von Melancholie Messungen des Blutdrucks mit dem Sphygmomanometer angestellt; nur solche Kranke wurden verwandt, welche keine motorische Erregung zeigten und ruhig im Bett lagen, was bei den maniakalischen natürlich nur im Beginne der Krankheit oder bei der circulären Geistesstörung im Stadium der heiteren Erregung geschehen konnte.

Es zeigte sich nun, dass bei Manie der Blutdruck beim Uebergang der melancholischen Verstimmung in die heitere Erregung sinkt. V. glaubt indessen, dass seine Versuche noch nicht zahlreich genug seien, um dieses Resultat als sicher annehmen zu dürfen; es wird wahrscheinlich überhaupt nicht möglich sein, jemals sichere Resultate zu erlangen, weil die weitere Entwickelung der Manie eine gesteigerte Muskelaction und dem entsprechend eine Erhöhung des Blutdrucks bewirkt. Wichtig erscheint der bei einem Falle von circulärem Irresein festgestellte Befund (es war weder im melancholischen noch im maniakalischen Stadium eine motorische Erregung vorhanden): Es sank der Blutdruck im Stadium der heiteren Erregung und stieg im Stadium der Depression.

Bei der Melancholie liess sich in mehr als 300 Versuchen nachweisen, dass der Blutdruck während der Periode der Angst meist je nach dem Grade der Angst um 20—50 mm Hg stieg.

Es lässt sich mit einiger Wahrscheinlichkeit behaupten, dass in relativ weit ausgedehnten Gefässprovinzen des Körpers eine Contraction der Gefässe während der Angst der Melancholiker stattfindet.

Versuche mit Amylnitrit, das bekanntlich die Gefässe erweitert und den Blutdruck herabsetzt, haben gezeigt, dass dieses Mittel die Angst, wenn auch nur für kurze Zeit, zum Schwinden bringt.

Discussion:

Knecht: Die Befunde Cramer's stimmen überein mit den sphygmographischen Untersuchungen. Die typische Pulsform des Maniakalischen ist der subdicrote Puls in Folge der Erschlaffung der Gefässwand, einem verminderten Blutdrucke entsprechend. Bei Melancholischen findet man einen interdicroten Puls in Folge der grossen Spannung der Gefässwand; diese Pulsform ist der Ausdruck eines gesteigerten Blutdrucks.

310) **Vogelsang** (Dalldorf): Zur Casuistik der Aetiologie der Epilepsie. (Erscheint als Originalartikel, Referat folgt.)

311) **Moeli** (Dalldorf) demonstrirte getrocknete Gehirnpräparate im Anschlusse an eine jüngst veröffentlichte Arbeit von Stieda.

V. verfuhr folgendermassen: Kleinere Präparate (kleine Thiergehirne, Vierhügel bei Menschen etc.) härtet man in Alcohol und vergypst sie durch wiederholtes abwechselndes Einlegen in Lösungen von Chlorcalcium und Natron sulfuricum. Nachher empfiehlt es sich, die Präparate noch mit einem Firniss zu überziehen.

Für grössere Präparate hat sich folgende Methode bewährt: Gehirne, die in Müller'scher Flüssigkeit und Alcohol oder bloss in Alcohol gehärtet worden sind, werden wiederholt mit einer dünnen Lösung von gewöhnlichem Lack und Terpentin bestrichen. Des Vergleiches halber hat M. 3 Hemisphären von ursprünglich fast gleichem Gewicht 1) mit Holzessig (Methode Richter), 2) mit Paraffin, 3) in Carbolsäure gehärtet und mit Lack behandelt (Demonstration). Am meisten geschrumpft ist das mit Paraffin behandelte Präparat, am wenigsten das lackirte.

Am empfehlenswerthesten erscheint dem Vortr. die Härtung mit Chlorzink, was auch Stieda's Meinung ist.

In der Discussion bemerkt Mendel, dass Stieda ihm neulich einige seiner Präparate gezeigt habe; diese wären noch weniger geschrumpft als die eben demonstrirten, und seien den Paraffingehirnen vollständig äquivalent.

Moeli erwidert, dass der Unterschied darauf beruhe, dass nur die Oberfläche lackirt worden sei und in Folge dessen die Durchdringung der Präparate eine weniger intensive geworden wäre. König.

Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

Sitzung vom Montag den 9. Mai 1892.

312) **Remak**: Zur Discussion über den Vortrag des Herrn König: Vorstellung eines Falles hysterischer Innervationsstörung des Gesichts und der Zunge.

R. meint, dass König sich nicht klar genug ausgedrückt habe, ob es in den dargestellten Fällen sich um Paresen oder Contracturen gehandelt habe; der eine Fall sei wahrscheinlich auch nicht neu; es dürfte sich da um eine organische Erkrankung handeln mit hysterischen Begleiterscheinungen.

In dem Fall, welchen er vorstellen möchte, handle es sich um ein 62jähriges Fräulein, deren Krankheit schon oft beschrieben worden sei.

Pat. zeigt eine typische hysterische Parese der linken Extremitäten mit gemischter Hemianästhesie. Die Uvula steht nach links; die Zunge weicht beim Vorstrecken stark nach rechts ab. Die Art des Herausstreckens der Zunge erinnert an das Herauswälzen derselben bei organischem Hypoglossuskrampf: die linke Zungenhälfte ist ganz anästhetisch. Schiebt man die herausgestreckte Zunge nach links, so stösst man auf Widerstand; sowie man die Zunge dann loslässt, schnellt sie nach rechts zurück; es liegt also hier ein Hemispasmus der Zunge vor. Wahrscheinlich ist der Stylo-glossus betheiligt. Was den Facialis anbetrifft, so war derselbe schon im Jahre 1883 leicht paretisch; die linke Nasolabialfalte etwas verstrichen; doch nimmt diese Erscheinung beim Oeffnen des Mundes nicht zu, wie es bei organischen Lähmungen immer der Fall ist. Das Naserümpfen gelingt rechts besser wie links; führt man ein brennendes Streichholz (Versuch von Buisant und Marie) am Munde vorbei in der Richtung von links nach rechts und fordert die Pat. auf, zu blasen, so wird das Licht erst ausgeblasen, wenn es über die Mittellinie nach rechts gelangt. Es steht dies im Gegensatz zu den Lähmungen, wo die Luft auf der gelähmten Seite herausströmt; es handelt sich hier also um eine Contractur; dass vielleicht ausserdem eine leichte Parese links besteht, lässt sich allerdings nicht mit Sicherheit ausschliessen.

König hebt hervor, dass er zunächst den ersten Fall nicht, wie Remak behauptet, als Hysterie aufgefasst habe, sondern im Gegentheil ganz ausführlich den Nachweis zu liefern bemüht war, dass an Hysterie gar nicht zu denken sei, dass vielmehr höchst wahrscheinlich eine andere Art von functioneller Störung in Betracht komme, wie man sie zuweilen im Verlaufe der Arteriosclerose beobachte und welche man als durch Circulationsstörungen bedingt, anzusehen pflege. In der ausführlichen Bearbeitung der neulich vorgestellten Fälle habe er des weiteren die Aehnlichkeit hervorgehoben, welche zwischen diesem ersten Falle und den bei Migräneanfällen öfters beobachteten passageren Hemiplegieen mit und ohne Sprachstörung besteht; dass ferner einzelne Fälle bekannt seien, in welchen sich die Lähmungserscheinungen, nachdem sie viele Jahre lang passagerer Natur gewesen wären, sich stabilisirten durch Hinzutreten einer organischen Erkrankung. In dem vorliegenden Falle sei natürlich die Möglichkeit nicht von der Hand zu weisen, dass jetzt schon ein sehr kleiner Herd vorhanden sei, welcher alsdann für die persistirende leichte Schwäche der rechten Seite verantwortlich zu machen sein würde, während die periodischen Exacerbationen und namentlich die Sprachstörung unter allen Umständen als functionell aufzufassen wären. In Anbetracht der eben erwähnten Möglichkeit habe er davon Abstand genommen, den Fall nach der Seite der Facialisparese hin zu verwerthen, habe ihn aber trotzdem beibehalten schon wegen der auffallenden Aehnlichkeit mit dem zweiten zweifellos functionellen Falle. Was die übrigen Fälle anbetrifft, so habe er es in dem zweiten Falle durchaus nicht zweifelhaft gelassen, dass es sich hier zunächst jedenfalls um einen Spasmus handle, wobei allerdings eine gleichzeitig bestehende Facialisparese wegen der nachweisbaren Schwäche der rechtsseitigen Mundmuskulatur wahrscheinlich sei. Bei dem Alcoholisten sei ein reiner Spasmus vorhanden gewesen. In dem einen Falle von „männlicher Hysterie“ hat er wegen der

Schwierigkeit der Beurtheilung die Frage offen gelassen. Ueber die Innervationsstörungen des Facialis in den beiden Fällen von traumatischer Neurose könne man jedenfalls verschiedener Ansicht sein; so sei auch Herr Oppenheim, welcher den einen Patienten (Postschaffner H.) früher in Behandlung gehabt habe, der Ansicht, dass eine leichte Facialisparese vorliegt. Es seien dies solche leichte Paresen, wie sie sehr häufig bei der Paralyse beobachtet werden. Dass congenitale Innervationsstörungen vorkommen, sei Herrn Remak natürlich ohne weiteres zuzugeben; es müsse aber hervorgehoben werden, dass man bei organisch bedingten Hemiplegien auch sehr unbedeutenden, oft kaum erkennbaren Innervationsdifferenzen die Bedeutung einer Parese beizulegen pflege, und es sei nicht recht einzusehen, warum man einer functionellen Hemiplegie gegenüber einen anderen Standpunkt einnehmen solle.

Oppenheim: Er habe in seiner Monographie über die traumatische Neurose einen Fall von Reflexepilepsie beschrieben, in welchem die Anfälle von der linken Hand ausgingen und mit Parese dieser Hand und des rechten Mundfacialis endigten. Diese Paresen glichen sich dann aus, um bei einem neuen Anfalle wieder aufzutreten. In einer bei ihm angefertigten Dissertation von Steinthal habe er einen ähnlichen Fall beschreiben lassen; dies war zu einer Zeit, ehe Charcot die hysterische Facialisparese anerkannte. Vor kurzem habe er folgenden Fall beobachtet: Ein 57jähriger Schutzmann wird plötzlich linksseitig gelähmt; später trat Verwirrtheit hinzu. Als O. den Pat. zum ersten Male zu sehen bekam, fiel ihm die eigenthümliche Schreibstellung der linken Hand auf. Es fand sich eine Hemiparese mit Einschluss des Mundfacialis und Hemianästhesie. Durch Suggestion erfolgte rasche complete Heilung. Den ersten Fall Königs fasse er allerdings grade so auf wie K. Dass functionelle Lähmungen in organische übergehen können, halte er für sicher. Vor zwei Jahren habe er bei einer Section eine Verstopfung in der linken A. fossae Sylviae gefunden mit einer Erweichung bei einem Patienten, der in früheren Jahren an Hemicranie mit Störungen der Sprache gelitten habe.

Remak: Er habe nur beweisen wollen, dass es sich bei diesen functionellen Störungen nicht um Lähmungen, sondern um Spasmen handle; zwischen den Ausdrücken hysterisch und functionell könne er keinen Unterschied finden; ebenso wenig zwischen Hysterie nach Trauma und traumatischer Neurose.

Wenn in einem Falle, in welchem früher Hemicranie bestanden hat, sich bei der Section ein Herd findet, so beweise ihm das, dass es sich eben nicht um Hemicranie gehandelt habe.

Jolly bezweifelt, ob das Auspusten des Lichtes auf der rechten Seite das Fehlen einer linksseitigen Parese beweise.

Remak: Wenn die Lähmung sehr intensiv sei, so würde der Patient das Licht auf der gelähmten Seite nicht auspusten können, sei die Lähmung eine leichte, so würde das Licht auf der spastischen Seite besser ausgeblasen werden können, wie auf der paretischen.

313) **Goldscheider:** Beitrag zur objectiven Sensibilitätsprüfung bei traumatischer Neurose.

V. hat vor 5 Jahren eine Methode der topographischen Temperatursinnprüfung angegeben. Diese Methode gründete sich auf die topographisch verschiedenartige Ausbildung der Empfindlichkeit von Kälte und Wärme an der Körperoberfläche. Die an der gesammten Hautoberfläche vorkommenden Abstufungen der Kälteempfindung wurden in zwölf, die der Wärmeempfindung in acht Stufen eingetheilt. Die einzelnen Oberflächengebiete besitzen bei verschiedenen Personen eine annähernd gleiche Constanz der Empfindung. So entstand eine Landkarte des Temperatursinnes auf der Oberfläche der Haut nach den gefundenen Mittelwerthen. V. bestimmte nun eine Anzahl von anatomisch leicht bestimmbaren Prüfungsstellen, welche so beschaffen waren, dass sie die an einem Körperabschnitt vorhandenen Abstufungen, ebenso wie die verschiedenen Hautnervengebiete repräsentirten, setzte die Grösse ihrer Constanz bei Gesunden fest und bezeichnete sie nach ihrem Stufenwerth.

Die Untersuchung nimmt man so vor, dass mit einem kalten oder warmen Metallcylinder die Prüfungsstellen des zu untersuchenden Gebietes mit denen des übrigen Körpers verglichen werden.

V. glaubt, dass seine Methode sich vor allem eigne für Fälle, bei welchen eine Herabsetzung der Sensibilität in einem bestimmten Körpergebiete oder auch im ganzen Körper angegeben wird. Diese Hypästhesie betrifft meist auch den Temperatursinn. Um eine solche bei Anwendung seiner Methode zu simuliren, gehörte eine vollständige Kenntniss der topischen Abstufungen des Temperatursinns.

Auch die Angaben eines ungebildeten Mannes mit wirklicher Hypästhesie sind so consequent, dass er nicht Gefahr läuft, für einen Simulanten gehalten zu werden.

Ob man mit dieser Methode wirkliche Simulanten entlarven kann, weiss G. nicht, da er bis jetzt noch keinen gesehen hat. Geringe Abweichungen und Widersprüche sind auf die Unaufmerksamkeit der Untersuchten zurückzuführen.

Discussion:

Jolly glaubt nicht, dass man sehr häufig in der Lage sein wird, diese Methode anzuwenden, denn Störungen der Temperaturempfindung seien nicht so häufig.

Goldscheider: Mässige Störungen des Temperatursinnes seien ziemlich häufig. Bei completer Anästhesie sei die Methode natürlich nicht anzuwenden. Wenn die Temperatursinnstörung sehr hochgradig, die Ausdehnung derselben gross ist, so findet man auf diesen Stellen noch einzelne inselförmige Punkte, wo der Temperatursinn erhalten ist. Diese Form habe er als „extensive Einschränkung" des Temperatursinns bezeichnet.

Remak: Die Methode hat er als probat gefunden in einem Falle von Syringomyelie.

314) **Oppenheim:** Zur Pathologie der chronischen atrophischen Spinallähmung.

O. berichtet über vier Fälle von amyotrophischer Lateralsclerose und einen Fall von Poliomyelitis anterior chronica, welche er klinisch beobachtet und anatomisch untersucht hat.

Die beiden ersten Fälle sind zwar typische, beanspruchen aber ein besonderes Interesse, weil sich in beiden Fällen feststellen liess, wie überall

der Process immer zuerst in den Pyramidenbahnen einsetzte, wie erst Bewegungsstörungen, verbunden mit Muskelstarre, dann Atrophie, endlich Veränderungen der electrischen Erregbarkeit eintraten.

Fall 1.: Beginn der Erkrankung mit Spasmen in den Beinen und Armen, später Atrophie der kleinen Handmuskeln, Parese der Lippen ohne Atrophie, normale electrische Erregbarkeit, dann Schlingbeschwerden, Respirationsstörung, Parese der Zunge und beginnende Atrophie; schliesslich partielle E. A. R. der Lippen-, Zungen- und Kiefermuskulatur. Exitus.

Fall 2: verlief in ähnlicher Weise; während aber im ersten Falle die Kerne des Vagus und Glossopharyngeus normal waren, zeigten sich hier Veränderungen, allerdings nur sehr leichter Art im vorderen Vaguskern, in beiden schwere Degeneration in den Kernen des Facialis, Hypoglossus und motorischen Trigeminuskernes. Das Missverhältniss zwischen den klinischen Erscheinungen und dem negativen bezw. unbedeutenden Befunde in den Vaguskernen erklärt sich, wenn wir annehmen, dass der Process immer in der Pyramidenbahn ansetzt, ehe er auf die Kerne übergreift; es wird dann eher zum Exitus kommen, ehe der Process die Kerne selbst befällt. Nun fällt es auf, dass recht oft Degenerationen in Kernen vermisst wurden, in denen dieselben den klinischen Erscheinungen nach zu erwarten waren, so dass manche zu der Meinung kamen, dass im betroffenen Hypoglossuskern noch andere Centren zu suchen seien, als das trophische Centrum für die Zunge. Die Degeneration der Pyramidenbahnen war bis in die Hirnschenkel zu verfolgen und zwar beschränkte sie sich auf das mittlere Drittel; in der inneren Kapsel, welche nur in zwei Fällen untersucht wurde, waren keine Veränderungen; ebenso wenig in einem Falle in der Rinde der motorischen Zone. (Demonstration von Präparaten und Zeichnungen.)

Der 3. Fall setzte mit trophischen Störungen ein, während die mot. Störungen wenig ausgeprägt waren. Dem entsprach in path. anatomischer Beziehung das Vorwiegen der Vorderhorn- und Nervenkernatrophie bei wenig befallenen Pyramidenbahnen.

Der 4. Fall scheint von besonderem Interesse dadurch, dass man hier von einer acuten amyotrophischen Lateralsclerose sprechen kann. Die Erscheinungen schlossen sich direct an eine Ueberanstrengung an, und zwar bestand sofort eine Lähmung aller 4 Extremitäten, besonders der linksseitigen; nach einiger Zeit trat eine geringe Besserung ein, danach folgte ein Rückfall. Es zeigte sich das typische Bild der amyotrophischen Lateralsclerose; daneben aber fand sich eine Hypästhesie in der linken Thoraxgegend für alle Reize und ausserdem am rechten Unterschenkel und Fuss eine Anästhesie für Temperatursinn und Schmerzgefühl. Diese Erscheinung erhält einen besonderen Werth dadurch, dass der anatomische Process auf das linke Hinterhorn und die linken hinteren Wurzeln an ganz umschriebener Stelle im obersten Brustmark überging. Daher also die Hypästhesie der linken Thoraxgegend. Wir müssen ausserdem annehmen, dass dort im obersten Brustmark bereits die sensiblen Bahnen gekreuzt enthalten sein müssen für die Temperatur- und Schmerzempfindung des rechten Beines. An diesen Fall reiht sich der 5. an von Poliomyelitis ant. chron.

Hier fand sich neben der Poliomyelitis eine scharfe systematische Degeneration in den Burdach'schen Strängen; der Process in den Vorder-

hörnern war auf diese Stränge übergegangen und setzte scharf an dem Septum intermedium ab. Klinische Erscheinungen für diesen Befund fanden sich nicht. Moeli hat einen Fall von amyotrophischer Lateralsclerose veröffentlicht, in welchem der Process auf die Goll'schen Stränge übergegangen war, ohne dass intra vitam hierauf zu beziehende Symptome beobachtet wurden.

Charcot und Leyden haben Fälle angeführt, in welchen der Process auf die Goll'schen Stränge übergegangen war, gleichfalls ohne klinische Symptome zu machen; nur hebt Leyden hervor, dass die Sensibilität an den Fusssohlen abgestumpft war. Es existiren ausserdem vereinzelte Beobachtungen, die beweisen, dass auch bei dieser rein motorischen Krankheit gelegentlich leichte Gefühlsstörungen vorkommen können.

König.

IV. Bibliographie.

315) **Albert Moll**: Die conträre Sexualempfindung mit Benutzung amtlichen Materials, mit einem Vorwort von Professor Dr. R. v. Krafft-Ebing. Fischer's med. Buchhandlung. Berlin 1891.

Das vorliegende Buch bildet eine Monographie des in dem Titel angezeigten Gegenstandes. Derselbe wird von allen Gesichtspunkten aus beleuchtet. Sowohl die historische Entwickelung der wissenschaftlichen Studien, als auch die socialen Beziehungen der mit conträrer Sexualempfindung behafteten Männer werden ausführlich geschildert, das ärztliche Gebiet, sowie das juristische werden einer eingehenden Prüfung unterworfen. Ausführlich behandelt der Verfasser die Frage, ob man die conträre Sexualempfindung als eine krankhafte Erscheinung aufzufassen hat; er trennt hierbei zwei Momente. Es gibt nämlich zuerst Männer, die ausschliesslich geschlechtliche Neigung zum Manne besitzen, es gibt aber ausserdem solche, bei denen bald Neigung zum Manne, bald zum Weibe vorliegt. Was die erste Gruppe betrifft, so nimmt der Verfasser keinen Anstand, sie als in das Gebiet der Pathologie gehörig zu betrachten; M. geht hierbei von dem Vergleich zwischen dem Nahrungstrieb und dem Geschlechtstrieb aus; ersterer ist bestimmt zur Erhaltung des Individuums, letzterer zur Erhaltung der Gattung. Sobald ersterer nicht vorhanden ist, wie es z. B. bei dyspeptischen Zuständen sich verhält, so nehmen wir keinen Anstand, das betreffende Individuum als krank zu betrachten. Es ist dies selbst dann der Fall, wenn es sich zur Nahrungsaufnahme zwingt. Ebenso nun, wie man hier von einem krankhaften Zustande spricht, glaubt M., dass auch diejenigen Zustände krankhaft sind, bei denen der Geschlechtstrieb nicht in der Weise vorhanden ist, dass ein Trieb zum Beischlaf besteht, selbst wenn der Betreffende durch Phantasievorstellung im Stande ist, mit dem Weibe den Beischlaf auszuüben; es glaubt aus dem genannten Befunde M., den Betreffenden als krank betrachten zu müssen. Schwieriger liegt die Frage für solche Individuen, die als psycho-sexuale Hermaphroditen bezeichnet werden; es sind dies jene Männer, bei denen eine Neigung zum Manne und zum Weibe vorliegen kann. Auch hier glaubt aber M., durch einen Vergleich mit dem Nahrungstrieb die Krankhaftigkeit des Geschlechtstriebes

nachweisen zu müssen. Ebenso wie man bei Hysterischen die Neigung, Kreide, Ziegelsteine, Kaffeebohnen u. s. w. zu essen, als ein krankhaftes Symptom betrachtet, ebenso, meint M., müsse man die zeitweise Neigung zum Manne in das Gebiet der Pathologie rechnen. Was das rein medicinische Gebiet betrifft, so verhehlt sich der Verfasser nicht die zahlreichen Schwierigkeiten, die den Aerzten entgegenstehen. Relativ die besten Erfolge glaubt er ebenso, wie v. Krafft-Ebing, durch Suggestion erzielen zu können. Die forensische Seite der Frage bespricht der Verfasser gleichfalls ausführlich und zwar vom Standpunkte der verschiedenen Strafrechtstheorien aus, die seines Erachtens eine Bestrafung des mann-männlichen Geschlechtsverkehrs nicht begründen. Unter den Ursachen unterscheidet M. Gelegenheitsursachen von der krankhaften Disposition, er legt das grösste Gewicht auf die letztere und nimmt an, dass bei weitem die meisten homosexualen Männer, d. h. diejenigen, die geschlechtliche Neigung zum Manne haben, zu den degenerirten gehören. In den meisten Fällen sind nach M. schwere Nerven- und Geisteskrankheiten in der Familie nachweisbar.

Zum Schluss berührt M. die verwandte Erscheinung beim Weibe. Interessant ist hier die Mittheilung M.'s, dass die so häufige Annahme von der Art der Befriedigung homosexualer Weiber nicht zutreffend ist. Man erzählt bekanntlich oft, dass sie in der Einführung der Clitoris des einen Weibes in die Vagina des anderen bestehe, eine Annahme, die M. mindestens für das Gros der Fälle zurückweist. Gewöhnlich soll vielmehr der Akt darin bestehen, dass una femina lambit lingua genitalia alterius.

Die Arbeit Moll's, deren reichen Inhalt wir hier nur kurz zu skizziren vermochten, empfehlen wir dem eingehenden Studium aller derer, die sich für eine der interessantesten und wichtigsten Fragen der Psychopathologie interessiren. Moll hat in anregender und formvollendeter Weise eine überraschende Fülle des wichtigsten Materials gesammelt und die bereits vorhandenen Ergebnisse kritisch gesichtet; der Arzt, der Jurist, der Psychologe werden in gleicher Weise die von Moll gegebenen Anregungen verwerthen und zum weiteren Ausbau eines wichtigen Gebietes beitragen können, nachdem die principiellen Gesichtspunkte formulirt und zur Discussion gestellt sind. Nur in einem, aber sehr wichtigen Punkte befinden wir uns mit dem Verfasser nicht in Uebereinstimmung, nämlich bezüglich der Auffassung vom Wesen und der Ursache der krankhaften Sexualempfindung. Moll, der hauptsächlich eigenes klinisches und psychologisches Material zur Basis seiner Darstellung gemacht hat, hat es unterlassen, den phylogenetischen Gesichtspunkt zu beleuchten, der wie kein anderer gestattet, die Frage in ihrer ganzen Tragweite zu erkennen, und ist so zu etwas einseitigen Resultaten gekommen. Seine Ansicht, dass die conträre Sexualempfindung auf einer angeborenen Abnormität psychischer oder physischer Natur beruht, können wir desshalb vom phylogenetischen Standpunkte aus nicht für richtig halten und möchten auf Grund eigener Beobachtungen und psychologischer Analyse davor warnen, den für die angeborene Disposition plaidirenden persönlichen Angaben der perversen Trieben unterworfenen Individuen allzuviel Glauben zu schenken. Aus der Nichtberücksichtigung der phylogenetischen Seite der Frage erwächst ferner für die Beurtheilung der Nachtheil, dass man allzu einseitig die ganze Reihe der vorhandenen Abnormitäten nur als Ano-

malien der Sexualsphäre betrachtet, was sie in Wirklichkeit nicht sind, obwohl anomale Vorgänge in dieser Sphäre sich oft genug mit den perversen Handlungen, die das Object von Moll's Schilderung sind, vergesellschaftet finden und obwohl schliesslich Anomalien bisweilen für sie erst den Boden schaffen. Wir können diese Punkte im Rahmen einer kurzen Besprechung nicht so, wie sie es verdienen, erledigen, werden aber im Anschlusse an die Anregung, die das werthvolle Buch Moll's gegeben hat, diesen Fragen bald in diesem Blatte näher treten, denn sie gehören eben zu denen, an deren Klarstellung der Arzt, der Jurist und der Psychologe, oder sagen wir lieber jeder, der zur Erforschung socialer Probleme Pflicht und Neigung hat, das grösste Interesse haben müssen.

Prof. Rosenbach.

---

316) Dr. **Schmitz**-Bonn: Die Trunksucht, ihre Abwehr und Heilung. (Verlag von Hanstein, Bonn 1891.)

Verfasser stellt sich von vornherein auf den Standpunkt, dass das Wesen der Trunksucht als Krankheit, nicht als „Laster" aufzufassen sei. Diese sehr zu billigende Stellungnahme erfährt leider gleich in den ersten Sätzen eine wenig haltbare Begründung, welche bei einem kritischen Leser leicht Widersprüche hervorrufen kann. „Mit dem Namen „Trunksucht" bezeichnen wir das Gesammtbild derjenigen physischen und psychischen krankhaften Veränderungen im menschlichen Organismus, welche durch den lang andauernden Missbrauch alcoholischer Getränke hervorgerufen werden."

Hier werden die Wirkungen des genossenen Alcohols mit der Trunksucht, welche im engeren Sinne zunächst eine Perversität des Trieblebens bedeutet, identificirt. Nach dieser Definition wäre zum Beispiel die Lebercirrhose, welche doch gewiss oft eine „physische Veränderung nach lang andauerndem Alcoholmissbrauch" ist, ein Theil der Trunksucht. Ferner fällt die „Trunksucht" im eigentlichen engeren Sinne nicht unter diese Definition, weil sie nicht Wirkung des Alcoholmissbrauches, sondern Ursache dazu ist. Schlimmer als dieses kleine stilistische Versehen ist die petitio principii, welche in dem ersten Satze liegt, indem der Begriff „krankhaft" darin eingeführt und dann einfach in tautologischer Weise fortgefahren wird: „Die Trunksucht . . . . ist mithin eine Krankheit und gehört gerade so in die Domäne des Arztes, bedarf nicht weniger der ärztlichen Fürsorge und Behandlung wie etwa Typhus, Lungenentzündung oder Geistesstörung." — Es ist eine der schlimmsten Methoden, um die Wahrheit zu fördern, wenn man richtige Gedanken mit zweifelhaften Begründungen stützt. Inhaltlich muss man die principiell durchgeführte Auffassung des Verfassers entschieden anerkennen.

Im ersten Theil der Broschüre werden Diagnose, Symptomatologie, Aetiologie, Prognose und Therapie in übersichtlicher und gemeinverständlicher Weise abgehandelt. Was die Trinkerasyle betrifft (cfr. pg. 64), so hält Verfasser entsprechend seinen Anschauungen über Privat-Irrenanstalten es für richtig, „dass dem Privatunternehmen entsprechend der Intention des § 30 der Gewerbeordnung für das deutsche Reich, keine Schranken gezogen werden, dass aber die Trinkerasyle als Krankenanstalten unter ärztlicher Leitung stehen sollen." Die Nothwendigkeit eines Trunksuchtsgesetzes wird

vom Verfasser energisch betont (cfr. p. 69). Der Schwerpunkt seiner Ausführungen liegt in der Opposition gegen den § 12 des Gesetzentwurfes und gegen die Stellung des Vereins deutscher Irrenärzte zu diesem (cfr. p. 87). „Man nahm den vorliegenden § 12 mit der directen Entmündigung des Trinkers an auf Empfehlung einzelner Collegen, mit der Motivirung, dass die Juristen sich auf nichts anderes als die Entmündigung einlassen würden und man eventuell den ganzen Entwurf, wenn man diese Forderung ablehne, in Frage stellen könnte.“ Dem gegenüber verlangt der Verfasser die Möglichkeit, dass Trunksüchtige genau wie Geisteskranke ohne vorherige Entmündigung in die Anstalt verbracht werden dürfen. „Weil es aber gerade so (wie für den Geisteskranken) für die Trunksüchtigen und deren Familien die grösste Wohlthat ist, wenn sie so schnell wie möglich aus ihrer Umgebung entfernt und behufs eines Heilungsversuches baldigst in eine geeignete Anstalt gebracht werden, sollten meines Erachtens sicher nicht solche Aerzte, auf deren Stimme bei der schwebenden Frage mit am meisten gehört wird, einen Paragraphen gutheissen, der in seiner jetzigen Fassung nur dazu dienen kann, zu verhindern, dass die Wohlthat des Gesetzes denen zu Gute kommt, welche derselben am meisten bedürfen.“ — Verfasser spricht sich in anerkennenswerther Deutlichkeit dahin aus, dass er lieber kein Trunksuchtsgesetz haben will als eins, „welches seinen Zweck nicht erfüllt, weil es ihn nicht erfüllen kann“ —

Sommer (Würzburg).

---

317) Prof. **Albert Adamkiewicz:** Tafeln zur Orientirung an der Gehirnoberfläche des lebenden Menscken. Mit deutschem, französischem und englischem Text.

(Verlag von W. Braumüller, Wien u. Leipzig. 1892. Preis 16 Mark.)

In der kurzen orientirenden Vorrede weist der Verfasser unter Heranziehung seiner bezüglichen Arbeiten darauf hin, dass weder die Nervenmasse des Gehirns „incompressibel“, noch die Schädelkapsel „impermeabel“, noch die „Hirndrucksymptome“ Folgen einer Hirnanämie seien. An Stelle der Lehre vom „Hirndruck“ im alten Sinne ist die Lehre von der Gehirncompression getreten.

Ueber die physikalischen Anschauungen des Verfassers, betr. das Circulationssystem im Gehirn, soll später im Zusammenhang mit anderen einschlägigen Schriften (Geigel, Lewy, Grashey) berichtet werden.

Das Studium der Compressionsphänomene einerseits und eine vergleichende Topographie der Schädel- und Gehirnoberfläche andererseits bieten dem Chirurgen die Möglichkeit zur Entfernung comprimirender Hirngeschwülste. Dieser topographischen Aufgabe dienen die vorliegenden Tafeln.

Der Verfasser verfolgt genau denselben Gedankengang, den Referent selbst in dem Aufsatz: „Photographische Combination von Gehirn- und Schädelbild“ (cfr. dieses Centralblatt 1891, Novemberheft) ausgeführt hat. „Am besten liesse sich eine scharfe Localisation der Gehirnoberfläche am Schädel selbst erreichen, wenn über dem Projectionsbilde des Gehirnes die naturgetreue Zeichnung eines Schädels entworfen würde, der neben allen Einzelheiten der anatomischen Details noch die besondere Eigenschaft besässe, d u r c h s i c h t i g zu sein.“ Referent hat in dem citirten Aufsatz

den Gedanken einer optischen Projection der Schädel- auf die Gehirnoberfläche ausführlich behandelt. Nach dem gleichen Princip ist A. verfahren, wenn er auf das Gehirn, welches zur Abbildung diente, den entsprechenden Schädel stülpte und die Nähte mathematisch genau auf das Bild des Gehirnes entwerfen liess. Die Ausstattung der Tafeln ist vorzüglich. — Das Studium der individuellen Verhältnisse in Bezug auf die Lage der Nähte zur Gehirnoberfläche, wozu allein solche Projectionsmethoden brauchbar sind, wäre sehr zu empfehlen. Für die Praxis genügt jedoch ein aus einem Fall abgeleitetes Orientirungsschema, wie es hier vorliegt.

Sommer (Würzburg).

---

318) Dr. **Ludwig Edinger:** Zwölf Vorlesungen über den Bau der nervösen Centralorgane. (Dritte Auflage.) .

Die neueste Auflage von Edinger's Vorlesungen gebietet über die selben Vorzüge, wie die vorherigen, nämlich über einen äusserst klaren Vortrag, über eine leicht fassliche, ich möchte sagen, geistreiche Behandlung des schwierigen Stoffes, über zahlreiche instructive und hübsche Abbildungen wie Schemata. Abgesehen von des Verfassers eigenster, fast nur von ihm zielbewusst vertretener Richtung, wonach er die verwickeltesten Faserungsverhältnisse durch vergleichend-anatomische Untersuchungen lichtvoll gestaltet und dadurch seinem Werke ein specifisches Gepräge verleiht, so ist besonders jene schwungvolle Behandlung des Stoffes bemerkenswerth, in welcher die neuesten, mit der Golgi-Cajal'schen Methode gewonnenen äusserst wichtigen Thatsachen mit besonderem Verständniss in gewohnter klarer Art in den Rahmen unserer bisherigen Kenntnisse eingefügt wurden. Man sieht eben aus jeder Zeile, dass der Autor nicht einfach übernommene Resultate compilirt, sondern theils eigene Beobachtungen, theils durch ihn controllirte Untersuchungen Anderer bei der Schilderung des verwickelten Baues des Centralnervensystems verwendet. Wir können dieses vorzügliche Werk besonders warm jenen empfehlen, die den Bau des Hirns wie Rückenmarks rasch und leicht kennen lernen wollen. Doch auch dem mit der Hirnhistologie practisch Beschäftigten ist es ein ausgezeichneter Führer, da am Ende des Buches anhangsweise die brauchbarsten technischen Methoden eine übersichtliche Darstellung finden. Dr. Schaffer-Budapest.

V. Tagesgeschichte u. Personalien.

Das vorläufige Programm der Jahressitzung des Vereins der deutschen Irrenärzte, welche am 9. und 10. September in Nürnberg kurz vor der Naturforscherversammlung abgehalten wird, enthält folgende Themata: 1) Psychiatrie und Seelsorge unter besonderer Berücksichtigung der Unterhandlungen und Beschlüsse des Verbandes deutscher evangelischer Irrenseelsorger. Ref. Herr Medicinalrath Dr. Siemens-Lauenburg. — Corref.: Herr Dr. Zinn-Eberswalde. 2) Die zweckmässigste Art der Gehirn-

section. Ref.: Herr Privatdocent Dr. Siemerling-Berlin. — Corref.: Herr Dr. Edinger-Frankfurt a. M. 3) Begrenzung des Begriffs der Paralyse. Ref.: Herr Prof. Dr. Binswanger-Jena.

Ausserdem soll, wie wir hören, ein Vortrag über die Stellung der Psychiatrie in der medicinischen Examensordnung gehalten und discutirt werden.

Aus dem Programm der Naturforscherversammlung heben wir folgende Themata heraus: I. Aus der Abtheilung für Neurologie und Psychiatrie: Professor Dr. Bumm (Erlangen): Experimenteller Beitrag zur Anatomie der hinteren Brückenebene bei der Katze. — Professor Dr. Eulenburg (Berlin): Ueber symmetrische Asphyxie (Raynaud'sche Krankheit). — Dr. Friedmann (Mannheim): Ueber passagère Geistesstörungen. — Professor Dr. Mendel (Berlin): Zur Pathologie der Epilepsie. — Dr. Paul Möbius (Leipzig): Ueber die verschiedenen Formen der Migräne. — Privatdocent Dr. Oppenheim (Berlin): Zur Kenntniss der atrophischen Spinallähmung. — Prof. Dr. Steiner (Köln): Ueber die Stellung der Paranoiaformen zur psychiatrischen Classification. — Prof. Dr. Strümpell (Erlangen): a. Ueber primäre Systemerkrankungen im Rückenmark, b. klinisch und anatomisch neurologische Demonstrationen. — Dr. Stein (Nürnberg): Krankenvorstellungen. — Privatdocent Dr. Thomsen (Bonn): Beitrag zur Lehre von der Hysterie. — Professor Dr. Meschede (Königsberg): a. Ueber Paranoia periodica, b. über die mit dem System der relativ verbundenen Irren-, Heil- und Pflegeanstalten verbundenen Nachtheile. — Themata vorbehalten haben Prof. Binswanger, Dr. Edinger, Prof. Hitzig.

II. Aus anderen Sectionen: Eichhorst: Beobachtungen über multiple Hirn-Rückenmarkssclerose. — Professor Gradenigo (Turin): Ueber die klinischen Merkmale der Affectionen des nervus acusticus. — Professor Dr. Michel (Würzburg): Ueber experimentelle Degeneration des Sehnerven. — Dr. Wolffberg und Dr. C. S. Freund (Breslau): Das Verhalten des quantitativen Farbensinnes und des Gesichtsfeldes bei traumatischer Hysterie. — Dr. Wagenhäuser (Tübingen): Labyrinthsbefunde bei Taubstummen. — Dr. Kreis (Zürich): Neuere Beobachtungen über Hirnsyphilis. — Professor Dr. Seidel (Königsberg): Ueber Phosphorvergiftung. — Professor Dr. Reubold (Würzburg): Demonstration einer Serie von Schädelbrüchen. — Dr. Leppmann (Berlin): Das Tätowiren in seiner criminalpsychologischen und criminalpractischen Bedeutung. — Dr. Wlassak (Zürich): Die Centralorgane der seelischen Functionen des Acusticus. — Prof. Dr. Steiner (Köln): Ueber die Rückenmarksseele. —

Ein Rückblick.

Am 28. Juni d. J. sind 100 Jahre verflossen, seit die „Gesellschaft der Freunde" in York auf die Anregung von William Tuke die Errichtung einer Irrenanstalt beschloss, in welcher die grausamen, barbarischen Zwangsmittel der damaligen Zeit nicht zur Anwendung kommen, vielmehr eine humane, für die Pflege von Schwerkranken angemessene Behandlung Platz greifen sollte. Von welcher Bedeutung die 1794 erfolgte Erbauung dieser Anstalt („the Retreat") und die unter Leitung von Wm. Tuke dort durchgeführte Behandlung der Geisteskranken für die Entwicklung des Irrenwesens und der Irrengesetzgebung gewesen ist, wissen unsere Leser.

Ein Urenkel von Wm. Tuke, der unseren Lesern wohl bekannte Hack Tuke, hat in der Julinummer des Journal of mental science die erste Entwicklung dieser Anstalt in einem hochinteressanten Aufsatze geschildert. Zur Feier der hundertjährigen Gründung hat die diesjährige Versammlung des irrenärztlichen Vereins von Grossbritannien und Irland in York am 21. Juli stattgefunden. Eine Sonderfeier der Freunde und Aerzte der Anstalt fand schon im Mai statt.

Ende nächsten Jahres werden bekanntlich 100 Jahre verflossen sein, dass Philipp Pinel, der am 11. Sept. 1793 die Leitung von Bicêtre übernommen hatte, ohne Kenntniss der gleichzeitigen englischen Bestrebungen sich zu einer humanen Behandlung der Irren entschloss.

Strauscheid.

Von Interesse für unsere Leser dürfte die englische Rechtssprechung in einem Ehescheidungsprocesse sein wegen der von dem Gerichtspräsidenten hierbei aufgestellten Grundsätze. Wegen Ehebruchs ihres Gatten verlangte die Frau die Scheidung. Von mehreren Sachverständigen wurde einstimmig festgestellt, dass die verschiedenen Ehebruchsacte in den einzelnen Anfällen einer circulären Psychose begangen seien, der Gatte also nicht dafür verantwortlich sein könne. Der Gerichtspräsident stellte fest, dass die Jury an wissenschaftliche Gutachten nicht gebunden sei, auch wenn diese unwidersprochen blieben und dass jeder Mensch, der ein Verbrechen oder ein Vergehen begebe, gleichviel, ob er geistesgesund oder geisteskrank sei, so lange er nur die Natur des Aktes kenne (also hier, dass es ein Ehebruch war) in gleicher Weise civil- und criminalrechtlich verantwortlich sei!

(The journal of mental science. July 1892.)

Strauscheid.

Dr. **Ladislaus Epstein,** gewesener Secundarius und stellvertretender Primarius an der Landesirrenpflegeanstalt Engelsfeld bei Budapest, wurde zum Oberarzt daselbst ernannt.

Dr. **Neisser**-Leubus, Mitarbeiter unseres Blattes, wurde von der Société médico-psychologique in der Sitzung vom 28. März 1892 einstimmig zum membre correspondant étranger gewählt.

Druckfehlerverzeichniss,

betreffend das Referat über Möbius' „Drei Wege des Denkens“:

p. 333, Z. 6 v. u. Objecte statt „Subjecte“.

p. 334, Z. 7 v. o. Atome statt „Natur“.

p. 334, Z. 10 v. o. Mechanik statt „Atomistik“.

p. 334, Z. 11 v. o. Naturerscheinungen statt „Naturerzeheinungen.

Inhalt des August-Hefts.

I. Originalien.

II. Referate u. Kritiken.

A. Nervenheilkunde.

1. Anatomie.

2. Physiologie.

3. Pathologie.

B. Psychiatrie.

C. Degenerationsanthropologie.

Nr. 298) Ottolenghi, Psychische Epilepsie.
Nr 299) Wiedow, Das enge Becken als Degenerationszeichen.
Nr. 300) Wildt, Caput obstipum.
Nr. 301) Féré, Steissbeinanomalien bei Epileptischen.
Nr. 302) Séglas, Morphologie der Geisteskranken.
Nr. 303) Richter, Ausgüsse von Schädeln Geisteskranker.
Nr. 304) Arbo, Anthropologie der Norweger.
Nr. 305) Kraft, Degeneration der norwegischen Rasse in Nordamerika.
Nr. 306) Baker, Erbliche Anlage bei Verbrechern.

III. Original-Vereins-Berichte.

Physikalisch-medicinische Gesellschaft in Würzburg.

Nr. 307) Geigel, Ueber mechanisch ausgelösten Nystagmus.

Psychiatrischer Verein zu Berlin

Nr. 308) Näcke, Verbrechen und Wahnsinn beim Weibe.
Nr. 309) Cramer, Ueber das Verhalten des Blutdrucks bei primären Stimmungsanomalien.
Nr. 310) Vogelsang, Zur Casuistik der Aetiologie der Epilepsie.
Nr. 311) Moeli, Demonstration getrockneter Gehirnpräparate.

Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

Nr. 312) Remak, Vorstellung eines Falles hysterischer Innervationsstörung des Gesichts und der Zunge.
Nr. 313) Goldscheider, Beitrag zur objectiven Sensibilitätsprüfung bei traumatischer Neurose.
Nr. 314) Oppenheim, Zur Pathologie der chronischen atrophischen Spinallähmung.

IV. Bibliographie.

Nr. 315) Moll, Die conträre Sexualempfindung.
Nr. 316) Schmitz, Die Trunksucht, ihre Abwehr und Heilung.
Nr. 317) Adamkiewicz, Tafeln zur Orientirung an der Gehirnoberfläche des lebenden Menschen.
Nr. 318) Edinger, Zwölf Vorlesungen über den Bau der nervösen Centralorgane.

V. Tagesgeschichte und Personalien.

Buchdruckerei von Kindt & Meinardus, Coblenz.

CENTRALBLATT
für
Nervenheilkunde und Psychiatrie.
Internationale Monatsschrift
für die
gesammte Neurologie in Wissenschaft und Praxis mit besonderer Berücksichtigung der Degenerations-Anthropologie.

XV. Jahrgang. **1892 September.** Neue Folge III. Band.

I. Originalien.

I.

Vorschläge zur Verbesserung der staatlichen Beaufsichtigung der Irrenanstalten in Preussen.

Von Dr. Bernhard Ascher, Arzt in Berlin.

Es wurde in den beiden vorangegangenen Aufsätzen über die staatliche Aufsicht der öffentlichen und der privaten Irrenanstalten (s. Mai- u. Juniheft) betont, dass die Irrenanstalten insbesondere nach zwei Richtungen hin zu überwachen seien, einmal, dass dieselben den von hygienischer und sanitätspolizeilicher Seite an sie zu stellenden Forderungen gerecht werden, dann dass durch die Aufnahme keine ungerechtfertigte Beschränkung der persönlichen Freiheit eintrete. Es wurde gezeigt, dass sich die staatliche Fürsorge nach diesen Richtungen hin zur Zeit zwar geltend macht, doch musste auch schon mehrfach auf Mängel derselben hingewiesen werden. So sei nur, was die öffentlichen Anstalten betrifft, auf die mangelhaft fixirten Bestimmungen über die Revisionen, auf das theilweise nicht einmal den gesetzlichen Anordnungen entsprechende Aufnahmeverfahren hingewiesen. Des ferneren sei erinnert, dass wir auch schwere Bedenken gegen die Nothwendigkeit amtsärztlicher Atteste bei der Aufnahme in eine Privatirrenanstalt erhoben.

Es soll nun im folgenden zunächst darauf eingegangen werden, Vorschläge zur Verbesserung der staatlichen Beaufsichtigung der öffentlichen Irrenanstalten zu machen.

Der Staat hat das Recht und die Pflicht, nach Fertigstellung und Beziehen einer Anstalt dieselbe zu controlliren, auf etwa bestehende Schäden derselben hinzuweisen und eventuell auch die Abhülfe derselben zu veranlassen. Nach den bestehenden Bestimmungen ist er dagegen nicht in der Lage, vor der Fertigstellung eine fachmännische Prüfung derselben anstellen zu lassen,

ob die beabsichtigte Errichtung der Anstalt, die Lage, die Art des Baues, die Umgebung, die innere Einrichtung, kurz alle technischen Einzelheiten, welche gerade für Irrenanstalten von nicht hoch genug zu schätzender Wichtigkeit sind, dem Zwecke entsprechen und mit den allgemeinen hygienischen und sanitären Vorschriften harmoniren.

Der Oberpräsident der Provinz und auch die ihm unterstellten Medicinalräthe werden wohl nur selten genügende Sachkenntniss haben, um eine so eingehende Beurtheilung anstellen zu können. Da die Provinzial- und Communalbehörden sich meistens selbst schon von erfahrenen Anstaltsleitern ihre Pläne über Neueinrichtungen von Irrenanstalten begutachten lassen, erscheint eine Prüfung derselben durch eine Behörde, welcher keine Erfahrung auf diesem Gebiete zustehen kann, nutzlos. Das erste Postulat, welches demnach aufgestellt werden muss, um die staatliche Beaufsichtigung für die Irrenanstalten wirklich nutzbringend zu machen, ist die Prüfung aller Pläne, welche Errichtungen neuer, sowie Umänderungen bestehender alter Anstalten betreffen, durch eine fachmännische Behörde, die als Centralbehörde für die ganze Monarchie thätig zu sein hat. Im Anschluss an die bestehenden Einrichtungen hat diese von dem Ministerium für Medicinalangelegenheiten zu ressortiren. Sie müsste, wie es dementsprechend auch schon wiederholt vorgeschlagen ist,*) collegialisch zusammengesetzt sein und in Hinsicht auf den erstgenannten Zweck einen erfahrenen Anstaltsleiter und einen technischen Beirath als Mitglieder enthalten.

Es ist kaum nöthig, auf die Vorzüge einer solchen Centralinstanz hinzuweisen. Da diese Behörde, wie noch weiterhin dargelegt werden wird überhaupt im engen Connex mit sämmtlichen Irrenanstalten der Monarchie stehen soll, so ist sie im Stande, Erfahrungen über den Vortheil und die Mängel von derartigen Einrichtungen zu sammeln, sich Kenntniss über die verschiedensten Bausysteme, ja über alle interessirenden Details zu verschaffen. Die Furcht, dass dadurch eine, wenn der Ausdruck erlaubt ist, nicht gewünschte Uniformirung der Anstalten eintreten könne, scheint mir nicht begründet. Dagegen sprechen die so mannigfach wechselnden localen Interessen, dagegen die Zwecke, denen die Anstalt dienen soll. Hier beabsichtigt man, ein Dreiklassensystem einzuführen, dort wird eine allgemeine gleiche Verpflegung bevorzugt, hier hat man im Sinne, Heil- und Pflegeanstalten zu trennen, dort, sie wieder in relativen oder absoluten Zusammenhang zu bringen, hier recrutiren sich die Kranken mehr aus grossstädtischer, dort nur aus ländlicher Bevölkerung, und so liessen sich eine Menge Gesichtspunkte aufzählen, welche beim Bau der Anstalten in erster Linie in's Auge gefasst werden und dadurch allein einen Wechsel in der Anlage bedingen.

---

*) Schon im Jahre 1848 wurde in einer Denkschrift über den gegenwärtigen Zustand der Irrenpflege in der Provinz Preussen mit besonderer Rücksicht des Planes der neu zu bauenden Anstalten zu Peterswalde und Schwetz von Heinrich (Allg. Ztschr. f. Psych., Bd. 5, 1848, pg. 408) eine auf dem Grundsatze der Selbstverwaltung zu gründende Centralbehörde für das gesammte Irrenwesen des preussischen Staates vorgeschlagen. Diese sollte aus Aerzten, Juristen und Technikern bestehen, sollte die Oberaufsicht über sämmtliche notorisch Irren führen, und ihr ausserdem die höchste Competenz über alle das Irrenwesen und Pflege betreffenden Angelegenheiten zustehen.

Die Revisionen, welche der Staat anstellen muss, um sich davon überzeugt zu halten, dass die Irrenanstalten allen neu an sie herantretenden Forderungen Genüge leisten, sowie dass sie den modernen hygienischen und sanitätspolizeilichen Vorschriften in jeder Weise nachkommen, würden ein weiterer Theil der Thätigkeit dieser vorgeschlagenen Centralbehörde bilden.

Während zur Zeit staatliche Visitationen der grossen Irrenanstalten wohl nur höchst selten stattfinden, müsste für die Zukunft festgesetzt werden, dass solche in bestimmten Zeiträumen vorgenommen werden. Ich halte dafür Fristen von 5 zu 5 Jahren nicht zu lang. Nachdem der Staat einmal eine Anstalt geprüft hat, wobei die staatliche Aufsichtsbehörde aus dem Zustande und dem Betriebe derselben die Ueberzeugung hat gewinnen müssen, dass auch für die nächste Zeit ein Wechsel zum Schlechtern nicht zu erwarten ist, genügt es, wenn erst nach 5 Jahren die Centralbehörde von neuem in eine Prüfung der Anstalt eintritt. Andererseits hat dieser längere Zeitraum den Vortheil, dass die Mitglieder der genannten Behörde dann Zeit finden dürften, selber die Revisionen aller Anstalten der Monarchie abzuhalten und dieselben durch um so grössere Erfahrungen zu nutzbringenden zu machen.

Für die Revisionen selbst nähere Anleitungen zu geben, erscheint mir weniger nothwendig. Zwar halte ich es für den Hauptzweck derselben, zu beobachten, ob die sanitären Massegeln und die hygienischen Vorschriften, ob die gesetzlichen Bestimmungen bei der Aufnahme innegehalten werden, ob die allgemeine Behandlung der Kranken dem jeweiligen Standpunkt der Humanität und der ärztlichen Wissenschaft entspricht und dergleichen mehr; doch ist nicht einzusehen, wesshalb nicht auch vor das Forum dieser staatlichen Aufsichtsbehörde etwaige Klagen über ungenügende Pflege und Behandlung etc. zum Entscheid gelangen sollen. Nie jedoch und in keinem Falle würde ich es für zweckmässig erachten, dieser Behörde die Prüfung zu überlassen, ob ein in der Anstalt befindlicher Kranker mit Recht in derselben zurückbehalten wird, ein Recht, wie es in England den Commissionen zusteht. Denn zur Entscheidung einer solchen Frage gehört längere Beobachtung des Kranken und die Kenntniss seiner persönlichen Verhältnisse, so dass schliesslich doch auch für diese Behörde das Urtheil des behandelnden Arztes resp. des Directors massgebend sein würde.

Es würde indess nur ein allzu lockerer Zusammenhang zwischen der einzurichtenden Aufsichtsbehörde und den öffentlichen Irrenanstalten bestehen, würde nur alle 5 Jahre die Anstalt durch den Besuch einer Commission an die Existenz derselben erinnert werden. Auch in der Zwischenzeit hat ein Verkehr zu existiren, und zwar in der Art, dass die genannte Behörde stets über die wichtigen Veränderungen im Anstaltsleben Nachricht erhält. Zu dem Zwecke sind ganz- oder halbjährlich ausführliche Berichte einzusenden, welche über alle baulichen Aenderungen, über die jeweilige Belegung der Anstalt, über die etwa vorgekommenen epidemischen und endemischen Krankheiten, über Unglücksfälle, Entweichungen, kurz über alle wichtigen Vorkommnisse ein übersichtliches Bild geben. Vorkommenden Falls müsste die Aufsichtsbehörde befugt sein, Einsprache zu erheben, Verbesserungen anzuregen etc.

Doch ich halte mit der Controlirung der bestehenden, bezw. neu einzurichtenden Anstalten die Pflicht der staatlichen Fürsorge nicht für erschöpft; die Aufmerksamkeit des Staates hat sich auch darauf zu richten, ob die von der Selbstverwaltung gemachten Aufwendungen für die Irrenpflege genügen, damit die Regierung eventuell Veranlassung nehmen kann, die diesbezüglichen Leistungen der Gemeinde resp. der Gemeindeverbände mehr anzuspornen. Da es im Interesse des Staates liegt, dass alle diejenigen seiner Bürger, welche der Behandlung in einer Irrenanstalt bedürfen, auch in eine solche aufgenommen werden, so hat auch der Staat Vorsorge zu treffen, dass nicht einer Anzahl Geisteskranker eine Wohlthat entgeht, auf welche sie aus Billigkeits- wie aus Humanitätsgründen Anspruch haben. Nach der gegenwärtigen Lage der Dinge ist der Staat nicht im Stande, ein Urtheil darüber zu fällen, ob nun irgendwo die Nothwendigkeit zur Erbauung neuer Irrenanstalten vorliegt. Dazu bedarf es vor allem eines statistischen Nachweises über die Zahl der in Frage kommenden Geisteskranken, worüber Erfahrungen anzustellen nicht allzu schwierig sein dürfte. Ist dies bekannt, so lässt sich mit Hilfe der Erfahrung genau berechnen, wie viel Plätze in den öffentlichen Irrenanstalten vorhanden sein müssen, um das bestehende Bedürfniss zu decken.

Auch die Prüfung dieses Gegenstandes wird am besten der zu schaffenden Centralbehörde für das preussische Irrenwesen zuzuweisen sein, welche wegen der umfangreichen Verwaltungsgeschäfte, die bei dieser Frage mit in Betracht kommen, durch einen mit der Verwaltung betrauten Beamten verstärkt werden müsste. Ist dann das Bedürfniss, mehr Platz für die Unterbringung Geisteskranker in bestimmten Bezirken zu schaffen, als vorhanden, erachtet, so ist nicht zu zweifeln, dass der Staat seine Macht geltend machen muss und kann, um die dazu verpflichteten Organe zu einer diesbezüglichen Leistung anzuhalten. Eine solche Forderung wurde zum Beispiel im Jahre 1841 von der Staatsregierung an die Stände der Provinz Preussen gestellt, wie ich der bereits erwähnten Denkschrift über den damaligen Zustand der Provinz Preussen entnehme. (Allg. Ztschrft. f. Psych., Bd. 5, 1848, p. 408.)

Während ich in meinen letzten Darlegungen einer möglichst weitgehenden Fürsorge des Staates für das öffentliche Irrenanstaltswesen das Wort redete, wünsche ich indess die Thätigkeit der staatlichen Behörden bei der Aufnahme bezw. Entlassung Geisteskranker auf ein Minimum beschränkt. Ich nahm schon Gelegenheit zu betonen, dass es das staatliche Interesse erfordert, dass jeder des Aufenthalts in einer Irrenanstalt Bedürftige auch in eine solche aufgenommen wird. Hierzu ist noch hinzuzufügen, dass die Aufnahme auch möglichst frühzeitig, möglichst im Beginn der Krankheit statthaben muss. Die zur Zeit bestehenden Aufnahmebedingungen stellen nun, wie dargelegt wurde, eine Reihe von Verzögerungen und von Belästigungen des Publikums dar, welche durchaus nicht, nicht einmal im Verwaltungsinteresse, aufrecht erhalten werden müssen. Was bedarf es, um noch einmal auf das früher ausführlich besprochene Reglement für die Irrenanstalten der Provinz Brandenburg hinzuweisen, der Bevormundung der Polizeibehörde, dass diese den Antrag, wenn ein dazu berechtigter und verpflichteter Antragsteller vorhanden ist, stellen muss? Warum muss dann der Antrag erst mehrere Instanzenwege durchlaufen, um eine Entscheidung

herbeizuführen, ob einem Geisteskranken, welcher nach ärztlichem Ausspruch in eine Irrenanstalt aufgenommen werden muss, diese Wohlthat zu Theil wird? Während man einerseits eine möglichst frühe Aufnahme geisteskrank Gewordener durch Ermässigung der Kosten zu fördern sucht in der statistisch genügend bewiesenen Annahme, dass die Heilungsbedingungen um so günstiger sind, je früher ein Kranker in die Anstaltsverhältnisse gelangt, wird durch das Reglement wieder dieser guten Absicht theilweise ein Hemmniss bereitet. Es ist demnach als eine der wichtigsten Forderungen, welche an eine geordnete Irrenpflege zu richten sind, das Verlangen nach einem möglichst einfachen Aufnahmeverfahren hinzustellen.

Ein jeder Geisteskranke muss auf Grund des Zeugnisses eines approbirten Arztes ohne weiteres in eine öffentliche Irrenanstalt aufgenommen werden, wenn nur aus dem Atteste hervorgeht, dass die Aufnahme zweckmässig oder nothwendig ist!

Die Polizei wird nur selten im Stande sein, durch eigene Wahrnehmung sich von der Geisteskrankheit eines Menschen zu überzeugen; von dieser versichert sie sich jetzt, und wird es auch in Zukunft thun, durch das ärztliche Attest. Wenn also die nicht psychiatrisch gebildete Polizei auf die Zuverlässigkeit des Arztes vertrauen muss und sich schliesslich nur dessen Ansicht aneignen kann, warum dann ihre Mitwirkung? Wenn man auch die Möglichkeit zugesteht, dass das ärztliche Aufnahmeatttest auf falschen Prämissen beruht, dass etwa Intoxicationen, Delirien als Begleitzustände somatischer Affectionen mit Psychosen verwechselt werden, so wird wohl eine kurze Anstaltsbehandlung die Sache aufklären, die Polizei würde es aber nicht vermögen! Der auch zuweilen gemachte Einwurf, dass gar verbrecherische Absichten im Spiele sein können, erscheint mir zu absurd, um darauf jetzt, wo nur von den öffentlichen Irrenanstalten die Rede ist, näher einzugehen.

Es mögen diese wenigen angeführten Gründe genügen, um meine Behauptung, dass die Mitwirkung der Polizei unnöthig ist, zu bekräftigen. Das umständliche Verfahren aber, das die Verwaltungsbehörden in einer grossen Zahl von Fällen einzuschlagen belieben, würde ohne weiteres schwinden, sobald jederzeit genügender Platz für aufzunehmende Geisteskranke vorhanden ist. Dafür aber zu wirken, habe ich oben als eine Aufgabe des Staates hingestellt.

Merkwürdiger Weise hat man im Nachbarstaate Frankreich sich erst vor Kurzem zu ganz entgegengesetzten Principien bekannt. Durch das Irrengesetz vom Jahre 1887 ist dort die obligatorische Intervention der richterlichen Gewalt zur Autorisirung der Aufnahme der Kranken in Anstalten und ihres Verbleibens in denselben eingeführt. Den Kranken hat man dadurch sicherlich eine Wohlthat nicht erwiesen, man hat dem Götzenbilde der Freiheit ohne Rücksicht auf die besonderen Umstände, welche bei geistigen Erkrankungen nun einmal vorhanden sind, Vernunftsgründe geopfert, nur um dem Princip treu zu bleiben, dass der Richter allein die persönliche Freiheit beschränken könne, während in der That dieselbe durch die Erkrankung selbst schon eine erhebliche Einbusse erlitten hat, wenn nicht vollkommen verloren gegangen ist. Nun gar aber erst Einrichtungen zu treffen, dass der Geisteskranke einer Jury zur Beurtheilung seines Zustandes

vorgeführt wird, wie es in Chicago geschieht und auch in anderen Staaten geplant wird, das scheint mir ein schwerer Schlag zu sein für die Bemühungen der Psychiater, welche den Geisteskranken vor allem als Kranken angesehen wissen wollen.

Doch auch wir wollen die staatliche Mitwirkung bei der Internirung in eine Irrenanstalt nicht entbehren, wenn sie auch erst später einzutreten berufen sein sollte, als es zur Zeit geschieht.

Ausser dem umständlichen Aufnahmeverfahren besteht nämlich noch ein recht umfangreiches System von Anzeigen an die verschiedenen Behörden. Anzeigen an die den Anstalten vorgesetzten Organe werden im Verwaltungsinteresse nicht unterbleiben können. Dagegen erfordert es das Interesse des Kranken, dass eine staatliche Behörde um seinen Verbleib weiss, dass diese über seinen geistigen Zustand orientirt ist und durch schweigende Verzichtleistung auf irgend welche Anträge die Internirung des Kranken in eine Irrenanstalt billigt. Als diese staatliche Behörde ist die Staatsanwaltschaft aufzufassen, welche dadurch, dass sie in amtlicher Beziehung zur Ortspolizei steht, sich über die frühere Lage des Kranken genaue Kenntniss verschaffen kann und eventuell veranlassen kann, dass Einrichtungen getroffen werden, welche nothwendig sind, um den Kranken vor Benachtheiligungen, welche ihn in seinen Gewerbe- und sonstigen Verhältnissen während seiner unfreiwilligen der Selbstbestimmungsfähigkeit ermangelnden Abwesenheit treffen könnten, zu schützen. Diesen Forderungen wird durch die Anzeige an die Staatsanwaltschaft genügt, sowie ferner durch die Bestellung eines Vormundes.

Die Anzeigepflicht an die genannte staatliche Behörde besteht schon zur Zeit; damit wird also etwas neues nicht vorgeschlagen. Auch die Praxis, wie sie von den Staatsanwaltschaften jetzt beliebt wird, nämlich stets im einzelnen Falle zu prüfen, ob die Entmüdigung einzuleiten ist oder nicht, halte ich für vollkommen corerct; abgesehen von den Fällen, wo die Verwandten Veranlassung nehmen, die Entmündigung zu beantragen, möge der Staatsanwalt von Fall zu Fall untersuchen. Auch damit ist also ein Vorschlag zu einer Veränderung des jetzigen Modus nicht geschehen. Wenn dennoch diese Dinge hier noch einmal zur Sprache gebracht werden, so geschieht es, um für eine gesetzliche Fixirung dieser Materie einzutreten. Bisher stehen die alten Erlasse vom Anfang dieses Jahrhunderts noch in Kraft, und der Staatsanwalt, der berufene Schützer der Gesetze, der darüber zu wachen hat, dass den staatlichen Anordnungen Folge geleistet wird, duldet hier unter seinen eigenen Augen, dass die Bestimmung, wonach in jedem Falle die gerichtliche Untersuchung des Gemüthszustandes einzuleiten ist, nicht innegehalten wird.

Es ist nicht einzusehen, warum ein solcher wunder Punkt nicht durch Umänderung jener Bestimmung beseitigt wird, nachdem Irrenärzte und Juristen durch Wort und That ihre volle Uebereinstimmung nach dieser Richtung hin bekundet haben.

Bei dieser Gelegenheit habe ich noch auf einen in der Praxis häufig unangenehm zu Tage tretenden Mangel hinzuweisen. Die beiden (cfr. den I. Aufsatz, Maiheft) zur Erörterung herangezogenen Anstaltsstatuten enthalten

die Bestimmung*), dass, so lange die Entmündigung eines Kranken noch nicht ausgesprochen ist, der Director die etwa von ihm erforderlich erachtete Fürsorge für die Person oder das Vermögen desselben bei dem zuständigen Vormundschaftsgericht zu beantragen hat. Wird dem Director eine eine so weitgehende Verpflichtung für die Insassen aufgelegt, so muss ihm auch das Recht zustehen, die Entmündigung seiner Kranken in deren Interesse zu beantragen. Es sind mir Fälle bekannt geworden, wo der Amtsanwalt einem dahin gestellten Ersuchen des Anstaltsdirectors, die Entmündigung einzuleiten, nicht Folge leisten wollte; den Schaden einer solchen Unterlassung hätte nur der Kranke zu tragen. Es dürfte sich desshalb empfehlen, bei einer Regelung der hier besprochenen Materie auch diesen Punkt zu berücksichtigen.

Die persönliche Freiheit, welche man durch ein vereinfachtes Aufnahmeverfahren für gefährdet erachtet, halte ich bei den genannten Massregeln für genügend sicher gestellt. Das Zeugniss eines Arztes, welcher die staatliche Approbation erlangt hat, muss der staatlichen Behörde genügen, um auf Grund desselben die Aufnahme in eine Irrenanstalt geschehen zu lassen. Dazu kommt nach der Aufnahme das Urtheil der Anstaltsärzte, vornehmlich des Directors. Endlich ist es im Einzelfall der Staatsanwaltschaft überlassen, in eine Prüfung durch die Einleitung des Entmündigungsverfahrens einzugehen. Man sollte meinen, dass durch diese Cautelen der Staat genügende Sicherheit für die Freiheit seiner Bürger getroffen hat; wird dennoch gelegentlich einmal gefehlt, und dass dies vorkommen kann, darf nie geleugnet werden, wenngleich kein derartiger Fall bekannt geworden ist, so bietet unser Strafgesetzbuch die Handhabe, einen, der sich absichtlich oder irrthümlich ein Vergehen hat zu Schulden kommen lassen, zur Verantwortung zu ziehen.

Was die Entlassung der Kranken betrifft, so habe ich keine Veranlassung, Vorschläge zu einer Abänderung der darüber bestehenden Bestimmungen zu machen. Vielleicht ist es vorzuziehen, auch hier einige allgemein gültige Festsetzungen zu treffen, im einzelnen scheinen mir die jetzt für alle Anstalten vorhandenen ziemlich übereinstimmenden Anordnungen sowohl im Interesse der Kranken als auch in dem des Staates zu genügen.

Ueber eine besondere Klasse Geisteskranker habe ich noch einige Worte hinzuzufügen. Ohne die Geisteskranken, welche mit dem Strafgesetz in Conflict gerathen sind, und die Verbrecher, welche in der Haft psychisch erkrankt sind, als eine species sui generis vom psychiatrischen Standpunkte aufzufassen, muss man doch zugeben, dass hier besondere Verhältnisse vorliegen, in welchen die Mitwirkung der polizeilichen Aufsichtsorgane, sowie

*) Durch diese Bestimmung wird auch der Sander'sche Vorschlag (Sander, Ueber die staatliche Beaufsichtigung der Irrenanstalten nebst einigen darauf bezüglichen Vorschriften, Viertelj. f. ger. Med. N. F. 3. Bd. 1865), einen Juristen, welcher die Interessen der Kranken nach allen Richtungen hin zu vertreten hat, unter die Anstaltsbeamten aufzunehmen, in seinem Princip erfüllt, wenn auch nicht durch einen Juristen, so doch durch einen ärztlichen Beamten, welcher wohl meist durch seine umfangreiche Thätigkeit hinreichend Erfahrung gesammelt haben wird, um das Interesse der Kranken auch nach der genannten Richtung vertreten zu können.

der richterlichen Behörden nicht entbehrt werden kann. Gerade in neuerer Zeit ist diese Frage vielfach ventilirt, was man mit diesen Geisteskranken beginnen solle, ohne dass diese Angelegenheit bis jetzt zu einer endgültigen Lösung gelangt ist. Die Forderungen, welche in dieser Hinsicht an die Regierung gestellt sind, liegen in so weiten Breiten auseinander, dass das Urtheil eines Unbefangenen dahin gehen muss, dass die ganze Angelegenheit noch nicht spruchreif ist.

Es würde zu weit führen, hier auf alle die verschiedenen Anschauungen, welche in England, Frankreich, Deutschland etc. aufgetreten sind, einzugehen. Der Standpunkt, wie er zur Zeit in Preussen innegehalten wird, ist der, dass verbrecherische Irre in die Irrenanstalt aufgenommen werden, in der Strafhaft psychisch erkrankte Verbrecher aber zunächst in eine Beobachtungsstation, welche an einigen Orten als Annex eines Gefängnisses, z. B. in Moabit, eingerichtet ist, gelangen, von wo sie, sobald ihre Unheilbarkeit erkannt ist, an die öffentliche Irrenpflege überwiesen werden. (Verf. des Ministeriums vom 26. October 1858 und Circ.-Erlass des Ministers des Innern vom 8. März 1866, betr. die Behandlung geisteskrank gewordener Sträflinge.)

Es liegt nun auf der Hand, dass Störungen mannigfacher Art eintreten, wenn die Irrenanstalten zu viele dieser jedenfalls sehr ungünstig wirkenden Elemente in sich aufnehmen müssen. Vielfach wird geklagt, dass jene Personen sich gegen die Anstaltsordnung auflehnen und eine üble Einwirkung auf die Mitkranken ausüben; dann wendet man auch ein (Sander, Die Beziehungen zwischen Geisteskrankheit und Verbrechen, Sander und Richter, Berlin 18 6, pg. 352), dass die Angehörigen der übrigen Kranken unangenehm berührt werden. Aus diesen Gründen hat man in einigen Staaten Specialanstalten gebaut, wie Broadmoor in England, wo irre Verbrecher und verbrecherische Irre aufgenommen werden, oder man hat wie in Baden im Anschluss an die Strafanstalt in Bruchsal eine Irren-Station eingerichtet.

Unter den neueren Bearbeitern dieser Frage tritt Moeli (Ueber irre Verbrecher, Berlin 1888, pg. 162) für die Herstellung besonders zu dem Zwecke eingerichteter Abtheilungen einer bestimmten Anstalt ein, während Sander (Sander und Richter, l. c. pg. 400) der Ansicht ist, dass die irren Verbrecher, ohne dass besondere Einrichtungen geschaffen werden, in den gewöhnlichen Irrenanstalten verbleiben können.

Nur weitere Beobachtung kann den Weg weisen, für welchen sich der Staat zu entscheiden hat. Es kann mir nicht zustehen, Vorschläge zu einer Aenderung der jetzigen Lage der Dinge zu machen. Nur auf eine Thatsache sei hier noch hingewiesen, welche vielleicht zur Regelung dieser Angelegenheit beitragen könnte. So, wie nämlich jetzt die Dinge liegen, fehlt es vor allem an einem Gesammtüberblick über die Bedürfnisse der preussischen Monarchie, indem die vorhandenen Beiträge zu dieser Frage immer nur die Zustände einzelner Anstalten in Betracht ziehen. Erst durch einen organischen Zusammenhang der verschiedenen Factoren wird man sich darüber Aufklärung geben können, wie hoch sich die Zahl der zu berücksichtigenden Kranken beläuft, wie sich der Einfluss derselben auf ihre Umgebung gestaltet und wie die Psychosen der betreffenden Individuen je nach

der Art ihres Aufenthaltes beeinflusst werden. Die gewünschte Aufstellung zu machen wird nur eine Centralbehörde im Stande sein, welche zu diesem Zwecke ihre Nachforschungen in Irrenanstalten, Gefängnissen und Zuchthäusern anzustellen hat.

Des weiteren gehe ich dazu über, Vorschläge in Bezug auf die Verbesserung der staatlichen Beaufsichtigung der Privat-Irrenanstalten zu machen. Es wurde bereits gelegentlich der Besprechung der hierbei in Frage kommenden Punkte verschiedene Male Veranlassung genommen, Einwände zu machen, wo der jetzige Standpunkt mir nicht der richtige zu sein schien.

Die zuerst besprochene Angelegenheit betraf die Concession. Die Prüfung der Person, welche die Approbation für Errichtung einer Privatirrenanstalt zu erlangen wünscht, muss natürlich den Localbehörden überlassen bleiben. Wenn auch dem nichts entgegen steht, dass die Gewährung der Concession nicht an bestimmte Bedingungen des Standes geknüpft wird, so wäre es doch wünschenswerth, darauf zu achten, dass nichtärztliche Concessionsinhaber einen psychiatrisch gebildeten Arzt als ärztlichen Leiter der Anstalt zur Seite haben, und dies bei der Ertheilung der Concession ausdrücklich bestimmt wird. Die Billigung der Anlage und der technischen Einrichtungen indess ist an die vorgeschlagene Centralbehörde für das preussische Irrenwesen zu verweisen.

Die Arbeitslast der Centralbehörde würde dadurch nicht in irgendwie besorglicher Weise vermehrt, da ja der Natur dieser Dinge nach Neuanlagen von Privatirrenanstalten nicht in beträchtlicher Anzahl stattfinden. Für das Publikum entstände aber aus der Centralisirung der Vortheil, dass dann wirkliche Fachmänner in die Prüfung der Anlagen eintreten, deren Urtheil nach jeder Richtung hin ein massgebendes ist.

Auch für die Revisionen der Privatanstalten hätte in der Folge dann die Centralbehörde Sorge zu tragen. Allerdings dürfte der Zwischenraum von 5 Jahren für Privatirrenanstalten ein allzu grosser sein. Bei diesen muss mindestens alljährlich eine Revision stattfinden, da die Privatunternehmer den Behörden nicht die Garantie für eine weitere gute Verwaltung zu bieten vermögen, wie es bei den öffentlichen Irrenanstalten erwartet werden kann. Ich würde meinen Vorschlag in Bezug auf die regelmässigen Revisionen der Privatirrenanstalten dahin umzuändern haben, dass im Zwischenraum von 5 Jahren Mitglieder der Centralbehörde selbst die Anstalten besuchen, ausserdem aber alljährlich dem Regierungsmedicinalrath dieses Amt obliegt. Der Physikus ist unter Umständen als practicirender Arzt Concurrent des Anstaltsarztes, andrerseits ist er aber auch durch die Vortheile, welche ihm in Folge der amtlichen Zeugnisse zufliessen, interessirt. Daraus können sich leicht Beziehungen herleiten, welche das Urtheil des vorwurfsfreiesten Beamten zu trüben im Stande wären. Es erscheint mir daher richtiger, eine solche Thätigkeit, wie sie durch Revisionen der Anstalten ausgeübt wird, auf einen hauptsächlich amtliche Functionen habenden Arzt zu übertragen, dessen Urtheil auch in der Regel ein gereifteres sein dürfte.

Das Regulativ weist den revidirenden Beamten an, über gewisse Punkte jedesmal genau zu berichten. Da nun in der Regel zwei Mal im

Jahr revidirt werden soll, so wird über manche Dinge der Bericht einfach wiederholt werden müssen, da sich vieles des Anzuführenden nicht so bald ändert. Die Folge der häufigen Revisionen mit einfacher Wiederholung des schon mehrere Male Gesehenen und Beschriebenen könnte sich nur allzu leicht in einer Oberflächlichkeit der ganzen Handhabung geltend machen. Diese aber ist vor allem zu vermeiden. Durch den Zusatz, der auch schon in der Verfügung vom 19. Januar 1888 enthalten ist, dass ausserordentliche Revisionen angeordnet werden können, so oft dieselben für erforderlich erachtet werden, lässt sich die Regierung die Möglichkeit offen, wenn besondere Umstände, etwa hervorgetretene Mängel es erheischen, häufiger amtliche Besuche der Anstalt zu veranlassen.

Aus diesen Gründen würde ich es vorziehen, wenn dem revidirenden Beamten in der Berücksichtigung einzelner Punkte grössere Freiheit gelassen, das schablonenhafte dagegen möglichst vermieden wird.

Was das Aufnahmeverfahren betrifft, so ist dieses dahin abzuändern, dass das Attest eines approbirten Arztes, das die Nothwendigkeit der Anstaltsbehandlung, gleichgültig ob im Interesse des Kranken oder seiner Umgebung bezeugt, den staatlichen Organen als zulässig gelten muss. Nicht ob frei oder unfrei handelt es sich in erster Linie, sondern ob gesund oder krank. Warum aber soll der vom Staate approbirte Arzt nicht im Stande sein, ein solches Zeugniss auszustellen? Ist die Regierung der Ansicht, dass der approbirte Arzt nicht genügend psychiatrisch vorgebildet sei, um die geistigen Störungen zu erkennen, so hat die Regierung die Pflicht, für die Ausbildung des Arztes nach dieser Richtung mehr Sorge zu tragen. Hält sie ihn aber moralisch nicht für qualificirt, dann nimmt sie dem Aerztestande die Grundbedingung seiner ganzen Existenz. Das letztere Argument scheint mir daher überhaupt nicht aufgeworfen werden zu dürfen; es bleibt nur alleiniger Grund dafür, dass die Zuverlässigkeit des Attestes des practischen Arztes bezweifelt wird, die Annahme, dass er nicht genug Psychiater ist. Ich verzichte hier auf eine weitere Erörterung der in Rede stehenden Massregel vom 19. Januar 1888 einzugehen, welche einen recht unerquicklichen Kampf zwischen den Aerzten und Physici hervorgerufen hat und ich constatire, dass in diese strenge Verfügung durch die Bestimmung vom 7. December bereits Bresche gelegt worden ist, wonach ja eine nachträgliche Untersuchung durch den Kreisphysikus nicht erforderlich ist, obald die geisteskranke Person auf Veranlassung oder unter Zustimmung der zuständigen Gerichts- oder Ortspolizeibehörde aufgenommen ist, nachdem sich diese Behörde vorher die erforderliche Ueberzeugung von dem geisteskranken Zustande der betreffenden Person auch durch ein zuverlässiges Attest eines anderen approbirten Arztes verschafft hat. Allerdings wird auch unter solchen Umständen, wie durch Leiter von Privatirrenanstalten mir mitgetheilt wurde, das ärztliche Attest von dem für die Anstalten zuständigen Physikus nicht immer respectirt und von diesem eine Nachuntersuchung vorgenommen. Diesem nun widerspricht ja auch die Verfügung vom 7./12. 89 nicht direct, da es hier nur heisst, es bedarf in solchem Falle nicht einer nachträglichen Untersuchung, womit es dem subjectiven Ermessen des Physikus überlassen zu sein scheint, ob das Aufnahmeattest genügt oder nicht; jedenfalls ist sie nicht als unstatthaft erklärt resp. ver-

boten, was nach den Motiven, welche in einer Petition der rheinischen Aerztekammer an das Ministerium niedergelegt sind, und welche zum Erlass der in Rede stehenden Bestimmung geführt haben, hätte angenommen werden müssen. Demgemäss scheint es sich hier nur um eine Unklarheit des Ausdrucks zu handeln, welche leicht hätte vermieden werden können.

Die Anzeigen, welche über die erfolgte Aufnahme an drei verschiedene Behörden gehen, betrachte ich als einen weiteren Angriffspunkt zur Verbesserung der Vorschläge der staatlichen Aufsicht. Die Mittheilung über die erfolgte Aufnahme an die Staatsanwaltschaft muss für vollkommen genügend erachtet werden, damit die Pflicht des Staates, für die Freiheit seiner Bürger zu sorgen, erfüllt wird. Dem Staatsanwalt muss es dann aber zur Aufgabe seines Amtes gemacht werden, in allen Fällen, wo sich die Angehörigen weigern, die Entmündigung zu beantragen, das gerichtliche Verfahren selber einzuleiten, sobald nur der Kranke vom Anstaltsarzte für unheilbar erkannt ist oder nach Aussage desselben die Heilung binnen einer festzusetzenden Zeit nicht zu erwarten ist. Zu dem Zwecke kann der Staatsanwalt jederzeit Bericht über den Zustand des Kranken einfordern. Es muss ferner der einzusetzende Vormund verpflichtet sein, sich des öfteren über den geistigen Zustand seines Mündels zu orientiren und auch dem Obervormundschaftsgericht regelmässig Berichte einzusenden. Wenn es dann dem Staatsanwalt, später dem Vormund resp. dem Obervormundschaftsgericht anheimgestellt ist, bezüglich des Kranken Anträge zu stellen oder auch ihren Zweifeln über die Berechtigung der Festhaltung in der Anstalt an geeigneter Stelle Ausdruck zu geben, halte ich, ohne dass untergeordnete Behörden zur Mitwirkung herangezogen werden, die persönliche Freiheit für mehr gesichert, als wenn von so vielen Seiten, wie es jetzt der Fall ist, die Frage der Nothwendigkeit der Unterbringung eines Geisteskranken in eine Anstalt discutirt wird.

Das einzuschlagende Verfahren bei der Aufnahme eines Geisteskranken in eine Privatirrenanstalt würde sich nach meinen Vorschlägen nicht anders gestalten, als wie es auch bei der Aufnahme in eine öffentliche Irrenanstalt zu geschehen hat. Nur in der weiteren Behandlung glaubte ich einen Unterschied festhalten zu sollen, indem für die in Privatanstalten befindlichen Geisteskranken die Einleitung des Entmündigungsverfahrens mit der oben angegebenen Einschränkung für nothwendig zu erachten sei, während bei den in den öffentlichen Instituten befindlichen Geisteskranken dies vom Einzelfall abhängig bleiben möge.

Es wurde in den früheren Abhandlungen (s. Mai- u. Juniheft) ein Ueberblick über die staatliche Beaufsichtigung der Irrenanstalten im Königreich Preussen gegeben mit besonderem Hinweis auf die Mängel, welche derselben anhaften. Der letzte Aufsatz befasste sich mit Vorschlägen, welche eine Verbesserung in der staatlichen Beaufsichtigung herbeizuführen im Stande sind. Zum Schlusse zusammengefasst lauten diese folgendermassen:

1. Es ist eine Centralbehörde für das preussische Irrenwesen zu schaffen, welche aus einem erfahrenen Irrenanstaltsleiter, einem höheren Verwaltungsbeamten und einem technischen Beirath zusammengesetzt ist. Ein ähnlicher Vorschlag findet sich auch bei Reuss (Der Rechtsschutz der Geisteskranken auf Grundlage u. s. w., Leipzig 1888, pg. 116). Dieser

Behörde liegt ausser den sub 2 anzuführenden Pflichten eine Begutachtung aller Pläne, welche neu einzurichtende Irrenanstalten, sowie die Umänderung bestehender betreffen, ob. Sie hat ferner ein stetes Augenmerk darauf zu richten, ob die von den dazu verpflichteten Verbänden gemachten Aufwendungen für die Irrenpflege den Bedürfnissen genügen. Auch hat sie mit regem Interesse alle Neuerungen in der Irrenpflege zu verfolgen. Der Ordnung der Verpflegungsart geisteskranker Verbrecher und verbrecherischer Geisteskranker hat sie zunächst besondere Aufmerksamkeit zuzuwenden.

2. Sämmtliche Irrenanstalten der preussischen Monarchie haben regelmässigen Revisionen durch die zu schaffende Centralbehörde für das Irrenwesen zu unterliegen, die öffentlichen Anstalten in fünfjährigen Fristen, die Privatanstalten mindestens einmal alljährlich. Die Revisionen der Privatirrenanstalten liegen in Vertretung von Mitgliedern der Centralbehörde dem Regierungsmedicinalrath ob, sind aber alle 5 Jahre von Mitgliedern der Centralbehörde selbst vorzunehmen. Von den öffentlichen Anstalten ist alljährlich ein ausführlicher Bericht an die Centralbehörde einzusenden.

3. Das Aufnahmeverfahren ist möglichst zu vereinfachen. Erforderlich ist zur Aufnahme das Attest eines approbirten Arztes, in welchem dargethan wird, dass die Aufnahme der betreffenden Person in eine Irrenanstalt nothwendig ist. Ausser den Polizei- und Gerichtsbehörden müssen die Ehegatten, die Angehörigen, der Vormund, das Vormundschaftsgericht und die Armenpflege zur Aufnahmerequisition berechtigt sein.

4. Ueber jede Aufnahme eines Geisteskranken hat die Anzeige an die Staatsanwaltschaft zu erfolgen. Eine Entmündigung der Geisteskranken in den öffentlichen Irrenanstalten hat nicht nothwendiger Weise stattzufinden, die in den Privatanstalten befindlichen Geisteskranken müssen entmündigt werden, sobald sie als unheilbar erkannt sind, bezw. ihre Heilung binnen einer festzusetzenden Zeit nicht zu erwarten ist.

II.

Ein Fall von Astasie-Abasie.

Von Dr. Heinrich Levy, Assistenzarzt.

(Aus der medicin. Abtheilung des Herrn Prof. O. Rosenbach im Allerheiligenhospital in Breslau.)

Der im folgenden mitzutheilende, von mir beobachtete Fall, dessen Veröffentlichung mein hochverehrter Chef, Herr Prof. Rosenbach, in liebenswürdigster Weise gestattet hat, gehört in die Gruppe jener Krankheitsbilder hinein, die uns zuerst im Jahre 1888 aus den Beschreibungen Paul Blocq's[1]) bekannt und von ihm als Astasie-Abasie bezeichnet worden sind. Bezüglich der Begriffsbestimmung bemerkt Eulenburg[2]) in sehr treffender Weise, dass die von Blocq selbst und den anderen Beobachtern (Souza-Leite[3]), Grassez[4]), Ladame[5]), Möbius[6]), Binswanger[7]) berichteten Fälle nicht alle ganz genau unter das von Blocq zuerst aufgestellte Schema passen. Ob die Astasie Abasie nur als psychisch bedingte Steh- und Gehstörung bei Hysterischen oder auch als selbstständiger Symptomencomplex auf Grund

spinaler Läsionen (Blocq) oder verbunden mit hypochondrischen Angstgefühlen und Zwangsvorstellungen (Binswanger) vorkommt, darüber gehen die Ansichten noch sehr weit auseinander. Nach Möbius'[6]) Auffassung sind die Fälle letzterer Art von der eigentlichen Astasie-Abasie durchaus zu trennen Als characteristisch für diese stellt er gerade die rein hysterische Natur der Erscheinungen auf Grund des Umstandes hin, dass die Kranken sich zwar ihres Nichtkönnens, aber nicht des veranlassenden psychischen Vorganges dabei bewusst werden, ihrer Lähmung also gerade so wie einer organischen gegenüberstehen, — während dagegen bei den neurasthenisch-hypochondrischen Zuständen, der Agoraphobie und Aehnlichem, die Vorstellung der Leistung mit so unangenehmen Empfindungen verknüpft ist, dass die Leistung dadurch unmöglich gemacht wird.

Die Krankengeschichte unseres Falles wird zeigen, dass er seiner Entstehung und seinem Verlaufe nach der Categorie angehört, in welcher die Hysterie als ätiologisches Moment die Hauptrolle spielt, mithin, wenn man sich der Auffassung von Möbius anschliessen will, einen reinen Fall von Astasie-Abasie darstellt.

Agnes A., Dienstmädchen, 19 Jahre alt, wurde am 9. 12. 1891 auf die medicinische Abtheilung des Hospitals aufgenommen. Der Vater der Patientin ist gesund, die Mutter starb im 42. Lebensjahre an Schwindsucht, 3 Brüder starben im jugendlichen Alter, einer von ihnen an einer Gehirnkrankheit. Die Patientin selbst litt als 9jähriges Mädchen an Gelbsucht, die bald verschwand, und war sonst bis zu ihrer jetzigen Erkrankung, deren Beginn sie von Ende November datirt, stets gesund. Damals bemerkte sie, ohne eine besondere Veranlassung dafür zu kennen, eine eigenthümliche Unsicherheit beim Gehen, sie konnte sich nur mit Unterstützung aufrecht erhalten und hatte das Gefühl, als seien die Beine vollständig eingeschlafen; dabei empfand sie durchaus keine Schmerzen in den unteren Gliedmassen. Nach kurzer Zeit vermochte sie gar nicht mehr zu gehen und wurde auch bei der Aufnahme mittels Tragbahre auf den Krankensaal gebracht.

Die Patientin, deren Brust- und Bauchorgane ganz gesund sind, ist von mittlerer Grösse, befindet sich in gutem Ernährungszustande, die Muskulatur des ganzen Körpers ist kräftig entwickelt, trophische Störungen sind nicht bemerkbar. Das Sensorium ist frei, jedoch fällt das eigenthümlich stille und verschlossene Wesen der Patientin auf; sie gibt auf alle an sie gerichteten Fragen nur ganz kurze Antworten, vermeidet jedes Gespräch mit ihrer Umgebung und bricht häufig ohne irgend einen Grund sowohl während der ärztlichen Untersuchung als auch dann, wenn sie sich nicht beobachtet glaubt, in Thränen aus. Die Sprache ist deutlich, aber sehr leise, hat etwas nasalen Beiklang, Articulationsstörungen sind nicht vorhanden. Die Bewegung beider Augen ist frei, Pupillenreaction erhalten, Augenhintergrund zeigt keine Veränderungen. Patientin isst alle Speisen, die ihr vorgesetzt werden, ohne aber ein besonderes Verlangen nach denselben kundzugeben. Der Stuhlgang ist angehalten; keine Blasen- und Mastdarmstörungen. Bei horizontaler Lage hält Patientin die Beine im Kniegelenk bis etwa zum rechten Winkel flectirt und vermag sie nicht auszustrecken. Fordert man sie bei genügender Unterstützung auf, die Beine auf den Fussboden zu stellen, so verharren sie in der eben beschriebenen

Stellung; man kann dann den Körper eine Strecke weit vorwärts schieben doch sobald man mit der Unterstützung aufhört, fällt sie zu Boden und versucht unter Zuhilfenahme der Hände vergeblich sich aufzurichten. Bei dem ebenfalls vergeblichen Versuche, passiv die Beine zu strecken, geräth die ganze Wadenmuskulatur in lebhafte Zuckungen, die noch längere Zeit nach dem Aufhören der Bewegungsimpulse andauern. — Der Fussclonus ist abwechselnd bald rechts, bald links auszulösen (hier trat im Verlauf der Beobachtung ein sehr häufiger Wechsel ein), die Patellarreflexe sind beiderseits schwach angedeutet. Sensibilitätsstörungen fehlen an den unteren Extremitäten vollkommen, die electrische Erregbarkeit der Muskeln ist für beide Stromesarten ganz normal.

Da es bei Anwendung des faradischen Pinsels möglich war, die Contracturen in den Kniegelenken zu lösen, durfte man annehmen, dass dieselben nicht durch ein organisches Rückenmarksleiden bedingt waren, sondern auf hysterischer Basis beruhten. Diese Vermuthung hatte um so mehr Berechtigung, als es weiterhin bei constant fortgesetzter Behandlung mit dem faradischen Pinsel gelang, eine auffallende Besserung in dem ganzen Zustand der Patientin herbeizuführen. Zunächst gewann sie die Fähigkeit wieder im Bette die Beine auszustrecken und zu beugen und auf Verlangen die Extremitäten in die verschiedenste Lage zu einander zu bringen. Dabei war es zeitweise noch immer möglich, abwechselnd rechts und links den Fussclonus auszulösen, auch trat bei heftigen und schnellen Bewegungen noch häufig starkes Muskelzittern ein. Endlich liess sich die Patientin auch zu Gehversuchen überreden, die freilich anfangs sehr schlecht ausfielen. Sie schob nämlich, auf die Wärterin gestützt, nur die Beine auf dem Erdboden vorwärts, allmählich lernte sie aber auch wieder regelrechte Schritte machen und brachte es so weit, dass sie ohne Unterstützung sehr langsam im Zimmer umhergehen konnte. Dabei überfiel sie schon nach wenigen Schritten eine so grosse Müdigkeit, dass sie lange Pausen bei ihren Spaziergängen machen musste. Zugleich mit diesen Fortschritten wurde auch die Stimmung der Patientin eine bessere, sie war sehr glücklich darüber, dass sie sich wieder allein bewegen konnte. Leider dauerte diese Zuversichtlichkeit und Hoffnungsfreudigkeit nicht lange; eines Tages erklärte sie, ohne dass eine wahrnehmbare Verschlechterung in ihrem Zustande eingetreten war, sie habe keine Aussicht mehr, gesund zu werden, und verlangte ihre Entlassung; von diesem Entschlusse war sie trotz allen Zuredens nicht abzubringen.

Obwohl unsere klinische Beobachtung keine vollständige war und wir die Entlassung der Kranken nicht hindern konnten, glaubten wir doch nach der Gestaltung des Krankheitsbildes sowohl an unserer Diagnose als auch an der vorher besprochenen Genese des Falles festhalten zu müssen und hatten die Ueberzeugung, dass die Patientin durch weitere energische Behandlung vollkommen geheilt worden wäre. In der That haben nachträglich über das Befinden der Patientin eingezogene Erkundigungen ergeben, dass sie ganz hergestellt ist und in vollem Umfange ihrer Beschäftigung nachgeht. Unsere Annahme ist also durchaus bestätigt.

Um noch einmal auf das Resultat der Behandlung zurückzukommen, so darf dieser Fall ohne Scheu mit dem von Eulenburg[2]) beschriebenen von

Astasie-Abasie bei Basedow'scher Krankheit in Parallele gestellt werden, in welchem durch den faradischen Pinsel vollständige Heilung erzielt wurde.

Ausserdem möchten wir noch als Beweis dafür, dass das Krankheitsbild, das unsere Patientin darbot, in das Gebiet der functionellen Neurosen bezw. der Hysterie hineingehört, folgendes anführen:

1. Es ist bisher keine organische, d. h. mit anatomisch nachweisbaren Veränderungen verbundene Erkrankung des Centralnervensystems bekannt, welche mit derartigen Erscheinungen einhergeht.

2. Die unzweifelhaft günstige Einwirkung des faradischen Pinsels spricht zu Gunsten der Annahme eines functionellen Nervenleidens. Für die letztere lässt sich sogar der Umstand verwerthen, dass während unserer Beobachtung keine vollständige Heilung erzielt werden konnte. Wie bekannt, wohnt ja gerade vielen hysterischen Individuen der Trieb inne, dauernd die Theilnahme der Umgebung auf sich zu lenken, und eine gewisse Willensschwäche zwingt sie, der Bekämpfung ihrer Krankheitserscheinungen möglichst lange Widerstand zu leisten. Gelingt es durch einen besonders kräftigen Reiz, der mit unangenehmen resp. schmerzhaften Einwirkungen verbunden ist, die Willensschwäche zu besiegen, so ist in sehr vielen Fällen das Leiden gehoben. War der Reiz nicht stark genug oder hält seine Wirkung nicht lange genug an, so gewinnt die Willensschwäche nach einiger Zeit wieder die Oberhand. Unter Berücksichtigung dieser Thatsache erklärt sich die plötzliche Wandlung in dem Wesen unserer Patientin ganz ungezwungen; wahrscheinlich hatte der Reiz, in dessen Anwendung unsere Therapie gipfelte, noch nicht lange genug eingewirkt.

Litteraturangaben.

1. P. Blocq, Arch. de Neurol. 1888.
2. Eulenburg, Neurolog. Centralblatt 1890, Nr. 23.
3. Souza-Leite, Progrès med. 1890.
4. Grassez, Leçons sur un cas d'hystérie mâle avec astasie-abasie. Paris 1890.
5. Ladame, Arch. de Neurol. 1890.
6. Möbius, Schmidt's medic. Jahrbücher 1890.
7. O. Binswanger, Berlin. klin. Wochenschr. 1890, Nr. 21.

II. Referate und Kritiken.

---

319) **P. Koch:** Nogle Bemaerkninger om Udspringet af 9., 10. og 11. Hjernnerve. (Einige Bemerkungen über den Ursprung des 9., 10. und 11. Hirnnerven.)

(Nord. med. Arch. 1890, Nr. 11.)

Der Verf. hat mit Hülfe der Weigert'schen, Pal'schen und Karmin-Methode die Medulla obl. von Tauben, Enten, Katzen, Kaninchen, Kälbern und Menschen untersucht, — theils an Föten und Neugeborenen, theils an Präparaten von Erwachsenen. Was den N. access. betrifft, so bestätigen sich

im wesentlichen die Resultate, zu denen Roller, theils auch schon Darschkewitsch gekommen ist. Die vorliegende Untersuchung ist vorzugsweise auf die Ursprungsverhältnisse des N. vagus gerichtet, von dem allgemein gilt, dass er aus einem vorderen motorischen Kern entspringt, während noch von verschiedenen Forschern andere, aus dem solitären Bündel und der Raphe herstammende Ursprungsfasern genannt werden.

Was erstens das solitäre Bündel betrifft, so hat der Verf. nachgewiesen, dass dessen distale Enden bei Vögeln von beiden Seiten in Verbindung mit einander treten und zwar hinter dem Centralcanal eine sehr starke Lage horizontal verlaufender Fasern, die so eine Commissur zwischen den beiden Bündeln bilden. Die Hauptmasse dieses Bündels bildet eine aufsteigende Glossopharyngeuswurzel, indem seine Fasern sofort in horizontaler Richtung umbiegen und in die Wurzelfasern des genannten Kerns ausgehen. Aber auch an den Vagus gibt das Bündel Fasern ab, in seinem Verlauf nach oben, an den Kernen dieses Nerven vorbei. Bei Vögeln ist dies ganz besonders deutlich und die Menge der abgegebenen Fasern recht ansehnlich, während bei Säugethieren und Menschen nur die Zahl der an den Vaguskern abgegebenen Fasern geringer ist; jedenfalls ist es aber auch hier ohne Zweifel der Fall. (Seit dem Erscheinen der betr. Abhandlung hat der Verf. dies in frontalen Längsschnitten mit entscheidender Sicherheit nachweisen können.) Auch Fasern, die von der Raphe (wo sie sich mit entsprechenden der entgegengesetzten Seite kreuzen) direct in die Vaguswurzel gehen, indem sie im Bogen lateral und dorsal um die ventrale Peripherie des Hypoglossuskernes herumgehen und in der Höhe des Vaguskernes in ungefähr rechtem Winkel mit den anderen Wurzelfasern des Vagus nach der Peripherie umbiegen, sind von L. beobachtet werden. Am deutlichsten zeigt sich das bei Vögeln; ist jedoch auch bei Säugethieren und Menschen mit Sicherheit nachzuweisen.

Die Hauptmasse der Vagus-Wurzelfasern endlich kommt von dem sogenannten hinteren sensorischen Kern, der dorsolateral vor dem Hypoglossuskern liegt. Hierüber sind alle Verfasser einig. Dagegen ist K. nicht einverstanden mit der üblichen Schilderung eines vorderen motorischen Kerns, der im Seitenstrange liegen soll und von welchem einzelne Fasern erst in dorsomedialer Richtung nach der ventrolateralen Ecke des hinteren Kerns gehen, dann aber, ehe sie ihn erreicht haben, in spitzem Winkel umbiegen und sich in lateraler Richtung den von letztgenanntem Kern stammenden Fasern anschliessen sollen. Einen derartigen Faserverlauf zu finden, ist dem Verf. nie, bei keinem einzigen Präparat gelungen, wesshalb er zu der Annahme neigt, dass es sich hier um eine Verwechslung handelt, umsomehr, als der vermuthliche Kern durchaus nicht besonders ausgeprägt oder nach Lage und Grösse constant ist.

Man hat nach K.'s Ansicht für den N. vagus folgenden Ursprung anzunehmen:

1. Fasern von der Raphe,
2. Fasern von dem Vaguskern (welcher an dem Centralcanal und vierten Ventrikel, dorsolateral von dem Hypoglossuskern liegt) und
3. Fasern — in geringerer Menge — vom solitären Bundel.

Autoreferat.

320) **A. Szontágh:** Spontane Erweiterungsfähigkeit der Pupille. Demonstration, gehalten in der 5. o. Sitzung der Königl. Gesellschaft der Aerzte in Budapest am 6. Februar 1892.

(Orvosi hetilap 1892, 7. St.)

Der Vortragende demonstrirt an sich selbst, wie er willkürlich zu beliebiger Zeit seine Pupille dilatiren kann. Dis Erweiterung ist beträchtlich, indem der Durchmesser von 3 und 4 mm auf $5^1/_2$ und $6^1/_2$ gebracht wird. Wie diese Erweiterung zu Stande kommt, darüber kann Vortr. keinen Aufschluss geben, so viel weiss er aber, dass die intensive Contraction der Halsmuskeln insbesondere während einer tiefen Inspiration als conditio sine qua non zur Entstehung der Dilatation betrachtet werden muss. Es ist möglich, dass die geschwellten Muskeln die bei ihm vielleicht abnorm gelagerten Halsgefässe comprimiren und auf diese Weise die Blutfüllung des Gehirns und Auges alterirt wird, oder dass die Muskeln manche normwidrig liegenden Ganglien oder Bündel des Sympathicus comprimiren, reizen und hierdurch eine Mydriasis bedingt wird. An der sich hieran knüpfenden Discussion nahmen Ophthalmologen (Szili, Feuer) und Nervenärzte (Kétli, Jendrássik etc.) Theil, ohne mehr als Vermuthungen auszusprechen.

Ostermayer (Budapest).

---

321) **Pfannenstil S. A.** (Stockholm): Nevrasteni och Hyperaciditāt.

(Nord. med. Arch., Bd. XIII. 1891, Nr. 17.)

Verf. hat in dem Seraphimlazareth in Stockholm 15 Fälle von Neurasthenie und nervöser Dyspepsie mit Rücksicht auf den Säuregrad des Mageninhalts untersucht. Er fand in dem Mageninhalt von 4 Neurasthenikern (der eine Stunde nach Ewald's Probefrühstück heraufgebracht wurde) Hyperacidität, d. h. vermehrte Salzsäuremengen; in 5 Fällen normale Acidität und in einem verminderte Salzsäuremengen. In 4 Fällen von nervöser Dyspepsie fand er normale Acidität. Hyperacidität, mit der sich der Verfasser besonders beschäftigt, liess sich nach Sjöquist's Barium-Carbonat-Methode nachweisen. Die höchste Salzsäuremenge war 0,3458 % mit einer Totalacidität von 104. Es ist also nachgewiesen, dass Hyperacidität ab und zu bei Neurasthenie mit dyspeptischen Symptomen vorkommen kann, indessen meint Pf., dass bei Hyperacidität des Mageninhalts nicht vermehrte Salzsäuremengen im Magensaft selbst vorhanden zu sein brauchen. Er nimmt an, dass die Hyperacidität einfach auf vermehrter Secretion des Magensafts beruht, wie man bei Neurasthenie ja auch vermehrte Speichel-, Schweiss- und Urinabsonderung finden kann.

Betreffend das Verhältniss zwischen Neurasthenie und nervöser Dispepsie spricht Pf. die Anschauung aus, dass meist die Neurasthenie das Primäre ist und unter ihren zahlreichen Symptomen auch solche hat, die das Bild der nervösen Dyspepsie ausmachen. Es kann diese aber auch primär auftreten und hat dann oft ausgebreitete neurasthenische Symptome. Oft ist es auch unmöglich, zu entscheiden, was das primäre und was das secundäre ist.

Viele von den angeführten Krankengeschichten sind sehr interessant, es muss indessen hierfür, sowie für alle Details auf das Original hingewiesen werden.

P. Koch.

322) **S. Hille**: Tre Tilfaelde af Drotygning hos Mennesket. (Drei Fälle von Wiederkauen beim Menschen.)

(Norsk. Mag. for Laegevidenskab. 1892, p. 65.)

I. — M. J., 45 Jahr; früher Viehhirt auf grösseren Gütern; jetzt verheirathet. Vater und ein Bruder von ihm waren epileptisch, die Mutter und drei andere Geschwister gesund. Pat. selbst war sonst gesund, einmal hatte er wegen Urinincontinenz ärztliche Hilfe gesucht. Einige Zeit, nachdem er seinen Dienst als Viehhirt angetreten hatte, begann er wiederzukauen; damals war er 28—29 Jahre alt. Er kaut jede Speise wieder, besonders aber Roggenbrod und Kohl. Die Rumination beginnt bald gleich, bald $3^1/_2$ Stunden nach der Mahlzeit und ist von verschieden langer Dauer — einige Minuten — bis mehrere Stunden. Die Speisen kommen von selbst nach oben, durch kräftige Willensanstrengung kann er sie jedoch zurückhalten, willkürlich kann er Rumination nicht hervorrufen. Wenn Pat. liegt bleibt die Rumination aus, dagegen tritt sie immer ein, wenn er, wozu ihn sein Dienst zwingt, gleich nach der Mahlzeit vornübergebeugt angestrengt arbeitet. Beim Essen schneidet er die Speisen in kleine Stücke, steckt grosse Portionen davon in den Mund und kaut sie nur sehr oberflächlich. Seine Zähne sind schlecht. Selten tritt Erbrechen ein, was dann immer mit heftigen Schmerzen verbunden ist.

II. J. B., 21 Jahr; Bauernsohn. Litt an Dyspepsie und während er darauf hin behandelt wurde, zeigte es sich, dass er wiederkaute. (Vater ebenfalls Ruminant, s. III.) Pat. selbst war früher gesund; er hat ruminirt, so lang er sich erinnern kann, weiss jedoch erst seit kurzem, dass der Vater auch Ruminant ist. Das Wiederkauen beginnt bei ihm bald wenige Minuten, bald mehrere Stunden nach der Mahlzeit und tritt leicht und unwillkürlich auf, bleibt aber aus, wenn Pat. gleich nach dem Essen Kaffee trinkt. Willkürlich kann er die Rumination wohl hindern, aber nicht hervorrufen. Er hat gute Zähne und kaut die Speisen gründlich. Bei seiner näheren Untersuchung findet sich nichts abnormes.

III. S. B., 53 Jahr, Bauer, Vater des vorigen. Mehrere Familienglieder leiden an Dyspepsie, ebenso wie er selbst. Als er ungefähr 30 Jahre alt war, fing er an, nachdem er einige Zeit an Dyspepsie gelitten hatte, wiederzukauen, anfangs selten, später häufiger. Seine Zähne sind in letzter Zeit sehr schlecht geworden. Die Rumination beginnt $^1/_2$—1 Stunde nach dem Essen und zwar fast ausschliesslich nach Grütze, Milch, Fleisch, Speck. Manchmal kaut er am Abend das wieder, was er am Morgen gegessen hat, obschon mehrere Mahlzeiten dazwischen liegen. In liegender Stellung ruminirt er nicht. Er kann die Rumination willkürlich unterdrücken, aber nicht hervorrufen. Er isst langsam und kaut die Speisen, so gut er kann. Bei näherer Untersuchung seines Organismus findet sich nichts abnormes.

Bei allen 3 hier angeführten Ruminanten bestand Neigung zum Nasenbluten, sowie zu starken Blutungen überhaupt, ein Umstand, dem H. jedoch keine Bedeutung beimessen zu können glaubt. Im ersten Fall hält er die Nachahmung des Viehs, sowie namentlich die angestrengte Arbeit gleich nach der Mahlzeit, in dem zweiten Fall die Erblichkeit für wichtige ursachliche Momente.

P. Koch.

323) **Röder:** Ein Fall von Morbus Basedowii bei einer Kuh.
(„Bericht über das Veterinärwesen im Kgr. Sachsen f. d. J. 1890." Jahrg. 35, 1891.)

Das Vorkommen von M. B. bei Thieren ist bisher nach Wissen des Referenten nur einmal beobachtet worden. Da diese Beobachtung in weitere Kreise nicht gedrungen ist, so sei es erlaubt, dieselbe hier anzuführen. Jewsejenka (Petersburger Archiv f. Veterinärwissenschaft 1888, Juni) berichtet von 2 Fällen. Ein Hund war zugleich mit epileptischen Krämpfen an Blutarmuth, Fieber, Reizbarkeit, vermehrter Pulsfrequenz, sausendem Geräusch an der Herzspitze, Struma, urticaria und Durchfällen erkrankt; nach 3 Wochen trat zwar Besserung, jedoch bald darauf ein Rückfall ein, der sich in Herzpalpitationen, derber Struma und starkem Exophthalmus äusserte. Eine Jodbehandlung führte nach 2 Monaten zu definitiver Heilung. — Ein Rennpferd erkrankte nach stärkerer Anstrengung an Appetitlosigkeit, Mattigkeit, Benommenheit, Fieber, gesteigerter Pulsfrequenz, Anschwellung der Schilddrüse und Oedem der Lider: später stellte sich Exophthalmus, Unbeweglichkeit der Augen, Struma, starkes Herzgeräusch ein und unter hohem Fieber erfolgte der Tod.

Die zweite Beobachtung, die von Röder, betrifft eine Kuh, die schon 4 Jahre vorher nachweislich an Anschwellung der Schilddrüse gelitten hatte. An ihr fiel sofort ein bedeutender bilateraler Exophthalmus, sowie ein hochgradiger Strabismus convergens auf. Die Percussion ergab, dass eine dilatatio cordis und eine harte Struma von der Grösse einer Mannsfaust bestand. Die Pulsfrequenz betrug bei völliger Ruhe 90—100 Schläge; schon bei geringer Aufregung des an und für sich sehr leicht erregbaren Thieres stellten sich Herzpalpitationen ein. Hinsichtlich des psychischen Verhaltens erklärte der Besitzer dieser Kuh, dass sie von jeher „etwas schüchtern" sei.

Buschan-Stettin.

---

324) **R. Demme:** Ein Fall von plötzlicher Entwicklung Basedow'scher Krankheit im Anschluss an einen mittelschweren, ohne andere Complication abgelaufenen Scharlach.
(Wiener medicin. Blätter XV., 1892, Nr. 28, 14. Juli.)

Die nachstehende klinische Beobachtung Demme's ist die letzte der Mittheilungen des Berner Klinikers. Sie betrifft einen 5 Jahre alten, von gesunden Eltern stammenden und vordem stets gesunden Knaben, bei dem sich am zehnten Tage nach Auftreten des Scharlachexanthems, etwa am 2. Tage nach Beginn der kleienförmigen Abschuppung, plötzlich eine Prominenz der Bulbi, 2—3 Tage später eine in rascher Entwicklung begriffene, etwa wallnussgrosse, weiche, vasculöse, leicht pulsirende Struma, nach ferneren 3—4 Tagen endlich starke Pulsation der Corotiden und der Radiales, sowie vibrirender Anprall des Herzmuskels an die Brustwand einstellte. Der Radialpuls betrug 120 Schläge in der Minute und schien auffallend hart und gespannt. Abgesehen von allerdings ungewöhnlich lauten, über dem Anfangstheil der Aorta fast klingend zu hörenden Herztönen war keine Abweichung vom Normalzustand zu constatiren. Die Untersuchung der übrigen Organe, auch des Auges, liess keine pathologischen Veränderungen herausfinden. Harn normal, Temperatur nicht über 37,4° C.

Die anfängliche Therapie bestand in der Darreichung von Digitalis-Infus (0,05 g. fol. dig. dreimal p. die.), Einwickelungen mit concentrirter Meersalzlösung um den Hals und Application der Eisblase auf die Herzgegend — jedoch ohne wesentlichen Erfolg. Nachdem vorübergehend Strophantos versucht worden war, wurde die Darreichung innerer Mittel nach 6 Tagen vollständig aufgegeben und die Behandlung auf Eisbeutel, Salzwassereinwickelungen des Halses, permanente Bettruhe und Milchdiät beschränkt. Hierbei sank die Pulsfrequenz auf 104—96 Schläge, der Exophthalmus und die Struma liessen gleichfalls sichtlich nach. Entgültig trat indessen erst Heilung ein, als der Knabe nach achtwöchentlicher Dauer der Basedow'schen Symptome auf's Land geschickt wurde und hier ausser der schon angegebenen und consequent fortgesetzten mehr diätetischen Behandlung Jodeisen (ferrum jodat. 0,05, später 0,25 innerhalb 24 Stunden in syr. simpl.) erhielt. — Hinzuzufügen ist noch, dass eine Herabsetzung des Leitungswiderstandes der Haut, sowie eine etwa vorhandene Gesichtsfeldeinengung sich zur Zeit des Bestehens des Leidens nicht feststellen liessen. In welcher Weise der Verfasser den constanten Strom, der ohne Erfolg versucht wurde, anwendete, ist nicht gesagt.

Die Basedow'sche Krankheit ist nach dem Schlusssatze Demme's als „vasomotorische Neurose“ aufzufassen.

Buschan-Stettin.

---

325) Dr. **F. Chvostek**: Ueber alimentäre Glycosurie bei Morbus Basedowii. (Sp.-Abd. aus der Wiener klin. Wochenschrift 1892, Nr. 17—22.

Das Auftreten von Zucker im Harn von Morbus-Basedowii-Kranken, entweder als einfache Glycosurie oder als wirklicher Diabetes, ist schon wiederholt Gegenstand der Beobachtung gewesen: ausser den vom Verfasser aufgezählten Fällen weiss Referent aus der Litteratur noch die von Begbie, Bealie, Drummond Finkler, Griffith, Paxas und Runeberg anzuführen. Eine weitere Bereicherung erfuhr diese Erscheinung durch die Versuche von Kraus und Ludwig, die der Frage näher traten, ob nicht beim Morbus Basedowii, abgesehen vom eigentlichen Diabetes, Glycosurie überhaupt, insbesondere „gesteigerte alimentäre Glycosurie als Symptom nachweislich wäre? Und in der That gelang es ihnen in 4 Fällen von Basedow'scher Krankheit mit Sicherheit gesteigerte alimentäre Glycosurie experimentell (durch Zuckerzufuhr) nachzuweisen, die in einem Falle eine auffällig hochgradige und langandauernde war. Diese Versuche veranlassten Chvostek, weiter nachzuforschen, ob sich diese gesteigerte alimentäre Glycosurie constant oder wenigstens in einer grösseren Anzahl von Morbus Basedowii vorfinde oder nur gelegentlich angetroffen werde, ob sie der Erkrankung als solcher angehöre oder ob sie auch bei anderen Neurosen mit derselben Häufigkeit zu finden sei, durch welche Momente sie bedingt sei und endlich, welche Bedeutung in symptomatischer Beziehung ihr zukomme. Seine Beobachtungen erstrecken sich im Ganzen auf 13 Fälle (aus den Kliniken von Meynert und Kahler, incl. denen von Kraus und Ludwig): Bei 9 dieser Kranken, also in 69,2% der Fälle liess sich gesteigerte alimentäre Glycosurie nach-

weisen, die sich bis auf 16,9% des in den Organismus eingeführen Zuckers belief; wirklicher Diabetes war mit Sicherheit hierbei auszuschliessen. Diese Erscheinung ist, wie Chvostek ferner constatirte, ein für Morbus Basedowii selbstständiges Krankheitssymptom und nicht von der Pulsfrequenz etwa abhängig, denn einer künstlich hervorgerufenen Beschleunigung der Circulation (durch Atropin, Amylnirit) kommt kein Einfluss auf die Verschiebung der Assimilationsgrenze zu. Es gibt, wie die Erfahrung beweist, Fälle mit ausgesprochener Tachycardie, die dieses Symptom vermissen lassen, andrerseits aber auch solche mit normaler Pulszahl, die diese Erscheinung in ausgesprochener Weise darbieten.

Was ferner den zweiten Punkt betrifft, so konnte Chvostek feststellen, dass bei den übrigen Neurosen (Hysterie, Neurasthenie, Tetanie, Chorea, Epilepsie u. a. m.) keine Abweichung in der Zuckerausscheidung gegenüber gesunden Menschen nachzuweisen war.

Ausgehend von dem Grundsatze, dass experimentell durch Zuckerstich erzeugte Glycosurie, ebenso wie alimentäre von dem eigentlichen Diabetes grundverschieden seien, wie der Verfasser des ausführlichen nachweist, kommt derselbe zu dem Schlusssatze, dass die Beobachtungen von gesteigerter alimentärer Glycosurie bei Morbus Basedowii, deren prognostische Bedeutung zur Zeit noch nicht fixirt werden kann, uns das Bestehen bestimmter Störungen im Kohlehydratstoffwechsel in einer grossen Anzahl von Fällen dieser Erkrankung erweisen und uns im Zusammenhalt des Verhaltens dieser alimentären Glycosurien den sogenannten nervösen gegenüber einen Hinweis dafür geben, dass wir den bei Morbus Basedowii mehrfach beobachteten wahren Diabetes auf Störungen der Function der Assimilationsorgane zurückzuführen haben, dass es jedoch nicht angeht, aus dem Zusammenvorkommen beider Processe auf eine bulbäre Localisation des Morbus Basedowii zu schliessen. Buschan-Stettin.

---

326) **Allan Mac Lane Hamilton** (New-York): „A contribution to the pathologie of haemophilia, especially in regard to its neurotic aspects, with the presentation of several cases in one family." (Ein Beitrag zur Pathologie der Hämophilie, hauptsächlich in Hinsicht ihrer nervösen Beziehungen; dazu einige Fälle aus einer Familie.)

(The Medic. Record; 21. Novbr. 91)

Verf. tadelt, dass die meisten Autoren, die über Hämophilie geschrieben, zu geringen Nachdruck auf gewisse begleitende Störungen des Nervensystems gelegt hätten. — Von den 7 Kindern einer jüdischen Familie, deren Krankengeschichten er gibt, waren 5 Bluter und litten diese letzteren sämmtlich zu gewissen Zeiten an einer gewissen geistigen Beschränktheit, Kopfschmerz und Aufregung. Zugleich waren bei allen gewisse Gelenkveränderungen vorhanden (mit Schmerzen verbundene Anschwellungen u. s. w.), die sich Verf. nach Art der pachymening. hämorrhag. entstanden denkt, d. h. aus Gewebswucherungen in Folge successive auftretender Blutungen. Auch in denjenigen Fällen, in welchen heftige Kopfschmerzen, Epilepsie oder andere cerebrale Störungen die Hämophilie begleiten, sei es höchst wahrscheinlich, dass die gewöhnlich vorhandene Verdickung der Meningen durch Hämorrhagien entstanden sei, die in Folge von Schlägen auf den Kopf, Fall u. dergl. hervorgerufen wurden. Voigt.

---

327) **John Ferguson**: „The Knee-jerk." (Der Patellarreflex.)
(The Medic. Rec. 28. Novbr. 91.)

Verf. verficht die von J. Hughlings Jackson angenommene Theori dass der Patellarreflex und die Muskel-Rigidität abhängt von cerebellare Einflusse. Zum Beweise dessen führt er 3 Fälle von Querläsion d Rückenmarks an, in welchen der Zusammenhang zwischen Kleinhirn u unterem Theile des Markes aufgehoben war. In denselben zeigten si weder Patellarreflex, noch Dorsalclonus, noch Muskel-Rigidität. Und eben fehlten diese Symptome in 2 Fällen, in denen das Kleinhirn „durch T moren verhindert war, seinen Einfluss auf die niederen spinalen Gangli geltend zu machen". Hiernach scheint also in der Unversehrtheit d Kleinhirns und seiner normalen Verbindung mit den spinalen Centren eigentliche Ursache der tieferen Reflexe zu suchen sein.

Voigt.

---

328) **Thos F. Raven**: The Knee-jerk in Sciatica.
(The Brit. med. Journ. 19. März 1892, pg. 600.)

In $^1/_3$ der Fälle von Ischias, welche R. sah, fand er Fehlen d Patellarreflexe auf der erkrankten Seite. Da der Ischiadicus nichts mit d m. quadriceps femoris zu thun hat, so ist das Fehlen auffallend. R. suc eine Erklärung darin zu finden, dass er eine Neuritis in den Muskelnerv des N. cruralis, die neben der Ischias einhergeht, annimmt.

Wichmann.

---

329) **Bellat**: Contribution à l'étude de l'épilepsie symptomatique.
(Annales méd. psych. 1892, mars-avril.)

Ein nicht belasteter angeblich gesunder Mensch erkrankt nach eine heftigen Schrecken an Convulsionen, die sich c. alle 14 Tage wiederhol und von vorübergehenden Lähmungen und Aphasie begleitet sind. Spät traten Krämpfe auf, die anfänglich auf die rechte Gesichtshälfte und d rechten Arm beschränkt blieben, nach 2 Jahren jedoch in allgemeine e leptische Krämpfe übergingen und zwar traten sie oft unter dem Bild d epilepsia procursiva auf. Gleichzeitig bestanden heftige Kopfschmerzen u eine erhebliche intellectuelle Schwäche. — Bei der Section fand sich ein der Falx adhärentes Sarcom der Dura mater, welches (5 cm breit, 4—5 lang, 2—3 cm dick) beiderseits, links jedoch wesentlich stärker, die vorde Centralwindung comprimirte. Verf. schliesst, dass dieser Tumor, ohne d graue Rinde direct zu verletzen, durch Reizung obige Krämpfe erzeugt ha und zwar anfänglich in Form der Jackson'schen Epilepsie; später habe d Tumor durch weiteres Wachsen auch die rechte vord. Centralwindu comprimirt und in Folge des stärkeren Reizes allgemeine Krämpfe erzeug Vielleicht seien dieselben auch durch das Mitergriffensein subcortical Ganglien zu Stande gekommen. Jedenfalls bestätige dieser Fall in beso ders übersichtlicher Weise die corticale Entstehungsursache der Epileps

Lehmann (Werneck).

---

330) **Jas. H. Nicoli:** Laryngeal Chorea.
(The Lancet, 12. März 1892, pg. 576.)

Mittheilung von 3 Fällen von sog. Chorea laryngis, die durch eigenthümliche Hustenanfälle — ähnlich gewissermassen dem Keuchhusten — characterisirt waren. Der Husten trat zuerst in Zwischenräumen von Stunden auf, nahm aber allmählich an Häufigkeit zu. Die Intervalle betrugen Abends nur wenige Minuten. In der Nacht hörte der Husten auf; es war ein plötzlicher, einfacher, scharfer, trockener Hustenstoss. Im Anschluss an den Husten brach später typische Chorea aus. In dem zweiten Fall waren momentane Muskelzuckungen im weichen Gaumen zu sehen. Laryngoscopisch erschienen die Stimmbänder tiefer gefärbt als normal. Bei ruhiger Athmung machten die Stimmbänder häufig Reflexbewegungen von ungleicher Ausdehnung nach der Mittellinie hin und von ihr weg. An der Vereinigung des hinteren Drittels mit dem vorderen Zweidrittel des rechten Stimmbandes befand sich ein röthlicher Fleck. Beide Stimmbänder waren erkrankt. In Intervallen zeigte das rechte Stimmband eine Bewegung, durch welche es theilweise geknickt wurde. Die Spitze des Knicks, der nach aussen convex war, lag an dem rothen Fleck. Auch im 3. Fall wurden häufig laryngoscopisch unregelmässige Bewegungen der Stimmbänder gegen die Mittellinie gesehen. Wichmann.

---

331) **L. G. Guthrie:** On a form of painful Toe.
(The Lancet, 19. März 1892, pg. 628.)

Unter dem Einfluss von langem Stehen oder Gehen in engen Stiefeln werden die Bänder von einem oder mehr metatarso-phalangeal- oder nur phalangeal-Gelenken gedehnt, es entsteht leichte Subluxation; und durch die theilweise dislocirten Knochen werden die Nerven gezerrt und gepresst. Das gibt einen characteristischen Schmerz, der plötzlich entsteht mit der Empfindung, als wenn etwas auf der Seite des befallenen Gelenkes ausweicht. Er wird beseitigt durch Ausziehen des Stiefels und Zurückdrücken der dislocirten Knochen in ihre richtige Lage. Heilung durch Tragen breiter Stiefel. Mittheilung mehrerer Fälle. Wichmann.

---

332) **John Winters Brannan** (New-York): „Essential paroxysmal tachycardia."
(The Medic. Rec., 12. Decbr. 91.)

Verf. berichtet einen Fall dieser zuerst von Bouveret so benannten und zu den Neurosen gezählten Erkrankung. Dieselbe scheint ziemlich selten zu sein, da Verf. in der amerikanischen und ausländischen Litteratur nur 27 Fälle, darunter 4 mit Obductionsbefund, auffinden konnte. Die Hauptursachen der Erkrankung liegen augenscheinlich in geistiger oder körperlicher Ueberanstrengung, übermässigem Tabak- und Kaffeegenuss, Schreck, Aerger u. s. w. In pathologischer Beziehung handelt es sich wahrscheinlich in den meisten Fällen um eine central entstandene Parese des Vagus, selten um Reizung des Sympathicus. Nach Samuel West dagegen soll diese Neurose nicht centralen (bulbären) Ursprungs sein, sondern von myocarditischen Veränderungen herrühren — eine Ansicht, deren Richtigkeit namentlich durch einen von Fräntzel veröffentlichten Sectionsbefund unterstützt wird. — Die Diagnose der Erkrankung ist im Ganzen leicht

und nur die Unterscheidung von einer reflectorischen Tachycardie kann mitunter Schwierigkeiten machen. Die Prognose ist zweifelhaft, da von 27 Kranken 8 starben, nur 2 oder 3 genasen, die übrigen ungeheilt blieben. In therapeutischer Hinsicht empfiehlt Verf. während der Anfälle absolute Ruhe, tiefe Inspirationen, Verschlucken von Eis oder heissem Kaffee, Compression des Vagus, Electrisation; im Uebrigen zur Verhütung der Anfälle passende geistige und körperliche Diät. Voigt.

---

333) **Fessenden N. Otis** (New-York): „On reflex irritations and neuroses caused by stricture of the urethra in the female.“
(The Medic. Record, 9. Januar 92.)

Es werden 3 Fälle berichtet zum Beweise, dass bei Frauen gerade so wie bei Männern eine Reihe von Reflexstörungen durch Stricturen der Urethra entstehen können und zwar durch Stricturen, die unabhängig von irgend welcher specifischen oder traumatischen Ursache sind. Verf. verlangt daher, dass man in allen Fällen, wo Frauen an Störungen im Harnapparat u. s. w. leiden, auch die Harnröhre genau untersuchen solle.

Voigt.

---

334) **Hy. F. Skyrme**: Case of Hemiatrophy of the face.
(The Brit. medic. Journ., 26. März 1892, pg. 654.)

Der Fall betrifft ein 7jähriges Mädchen, dessen Vater an Rheumatismus leidet und dessen Mutter sehr nervös ist. Bis zu $3^1/_2$ Jahren war das Kind gesund. Im 3. Jahre erlitt es eine Quetschung des Kopfes zwischen einer eisernen Thüre und 6 Monate später begann die Krankheit. Es bildete sich typische Hemiatrophie der rechten Gesichtsseite im Gebiet des 2. und 3. Trigeminusastes aus, welche alle Gewebe betrifft. Die Haare bleiben demnach verschont. Die Zähne fallen aus; die rechte Zungenhälfte atrophirt. Geschmack und Gefühl bleiben normal. In den Muskeln keine Veränderungen der willkürlichen Innervation oder der electrischen Reactionen. Das Kind leidet an Migräne. Wichmann.

---

335) **Joseph Collins** (New-York): „Electrical injury followed by deltoid paralysis and traumatic neuroses.“ (Paralyse des m. deltoides und traumatische Neurose nach Einwirkung eines (hochgespannten) electrischen Stromes.)
(The Medic. Rec., 16. Januar 92.)

Ein 38jähriger Electriker wurde von einem electrischen Strome von mehr als 1000 Volt getroffen. Er empfand keinen Schmerz, sondern hatte nur das Gefühl, „als ob er mit etwas angefüllt sei“; einige Secunden später verlor er das Bewusstsein und fiel aus einer Höhe von 25 Fuss auf einen Karren, von dort, mit dem Kopfe zuerst, auf die Erde. Einige Minuten später erlangte er wieder etwas Bewusstsein. Abgesehen von verschiedenen stark gequetschten Stellen des Nackens, der Schlüsselbeingegend und des Beckens und abgesehen davon, dass er den linken Oberarm nicht nach auswärts strecken konnte, schien Pat. weiter keinen Schaden erlitten zu haben. Als nach mehreren Tagen die Quetschungen gebessert waren, wurde die linke Armmuskulatur electrisch geprüft und dabei gefunden, dass der Deltoides und Teres minor auf den faradischen Strom fast gar nicht, auf den

galvanischen Strom mit trägen Schliessungs- und Oeffnungszuckungen reagirten. Diese Erscheinungen blieben 3 Monate lang unverändert bestehen, nur dass die galvanische Reizbarkeit in den ersten 5—6 Wochen etwas zu, dann abnahm; damit ging Hand in Hand eine mehr und mehr zunehmende Atrophie der Muskulatur. Nun fing der Pat. an, über Taubheitsgefühl in der linken Körperhälfte zu klagen und zugleich konnte Verdunkelung des Gesichtsfeldes (ohne gleichzeitige Einschränkung). Verlust des Geruchs- und Geschmackssinnes, Verminderung des Wärme- und Muskelsinnes nachgewiesen werden; daneben bestand allgemeine Nervosität und Schlaflosigkeit. Durch die Behandlung (Electricität und mehrfache Hypnotisirung) wurde zwar keine Heilung, aber wesentliche Besserung erzielt.

Voigt.

---

336) **Graeme M. Hammond** (New-York): „Convulsive tic; its nature and treatment. (The Medic. Reocrd, 27. Febr. 92.)

Verf. will unter Convuls. tic nicht nur die in den Gesichtsmuskeln, sondern überhaupt die in allen möglichen Muskeln des Körpers auftretenden Spasmen verstanden wissen. Characteristisch für diese Krankheit ist das plötzliche Auftreten der Zuckungen, ihr verhältnissmässig schnelles Vorübergehen und die deutliche Ruhepause zwischen den einzelnen Anfällen. Verf. hält die allgemeine Ansicht, dass diese flüchtigen Spasmen Folge einer Läsion irgend eines Theils der motor. Bahnen seien, für irrthümlich und unhaltbar; vielmehr könne positiv bewiesen werden, dass sie von Reizungszuständen entweder eines der Basalganglien, der cerebralen motorischen Rinde oder des pons und der medulla abhängen, doch sei es bei dem heutigen Stande unseres Wissens oft unmöglich zu sagen, an welcher dieser Stellen die Läsion sitze.

Aus dem Studium von 5 Fällen, die Verf. des Näheren berichtet, erhellt die Neigung dieser Erkrankung, einen chronischen Character anzunehmen. Da sich in jenen Fällen der Gebrauch des Coniin und Atropin zur schnellen Unterdrückung der Anfälle ausserordentlich hilfreich zeigte, so dürfte zu versuchen sein, ob man durch fortgesetzte passende Anwendung dieser Mittel nicht auch eine definitive Heilung erzielen kann.

Voigt.

---

337) **J. Widmark:** Ytterligare nagra iakttagelser om oegon-symptom vid perifera trigeminusaffectioner. (Augensymptome bei Trigeminusleiden.) (Nord. Ophthalmologiske Tidskrift, Bd. IV., 5, 65, 1891.)

Der Verfasser hat früher einmal 23 Fälle derselben Art mitgetheilt; hierzu kommen nun 17 neue Fälle. Die Patienten litten in höherem oder geringerem Grade an Schmerzen im Auge und in der Augengegend, an Lichtscheu, Schwere der Augenlider, Thränenfluss, Müdigkeit in den Augen bei der Arbeit, Empfindlichkeit bei Bewegungen der Augen, fibrillären Zuckungen in dem Orbicularis oculi u. s. w. Ausserdem verschiedene Refractionsanomalien oder andere Augensymptome (in 3 Fällen Glaukom); in einigen Fällen liess sich Empfindlichkeit und zum Theil Infiltration der Haut oder der Nerven auf der Stirn, an der Nasenwurzel und an den vorderen inneren

Orbitalwänden, an der Incisura supraorbitalis, Schläfen und Os zygomaticum nachweisen. In den meisten Fällen wurde durch Massage der empfindlichen infiltrirten Partien schnelle und andauernde Besserung erzielt.

Koch (Kopenhagen).

---

338) **Geo. H. Savage:** Influenza and Neurosis.

(The journal of mental science. July 1892.)

Die Influenza ruft schwere Neurosen oder Psychosen hauptsächlich bei denjenigen Individuen hervor, welche entweder hereditär belastet sind oder ein schon durch Excesse oder Traumen geschädigtes Nervensystem besitzen. Geistesstörungen nach Influenza glichen den früheren Psychosen derselben Personen nach anderen Ursachen. Die geistige Störung kann bei prädisponirten Individuen durch Influenza auf directem oder indirecten Wege hervorgerufen werden. Im letzteren Sinne wirken ausser schweren Kräfteverlusten und erschöpfenden Gastrointestinalstörungen einige nervöse Symptome, die nach Influenza häufig auftreten. Dahin gehört zunächst Schlaflosigkeit, dann Neuralgien (welche meist schon früher befallene Gebiete von neuem heimsuchen); ausserdem kann motorische Schwäche in den Beinen, ungenügende Controlle über Blase und Rectum auftreten. Die verschiedensten Arten von geistigen Störungen werden nach Influenza beobachtet. Allgemeine Verwirrtheit tritt zumal bei jungen Patienten nach einer Periode von schlafloser Ruhelosigkeit auf. Acute Manie sah S. hauptsächlich nach Influenzapneumonie. Von allen psychischen Störungen am häufigsten beobachtet man die verschiedenen Formen von Melancholie, die in der Regel mit Schlafverlust, Appetitlosigkeit und starker Suicidalneigung beginnen; besonders zu beachten ist die Häufigkeit, mit der man raschen Puls, heisse trockene Haut bei diesen Patienten im Anschlusse an die Influenza beobachtet. Fälle von acuter Paranoia beobachtet man nicht selten; eine Reihe von „nervösen“ Individuen, die derart erkrankten, behielten auf die Dauer Verfolgungs- und ähnliche Wahnideen zurück. Bei einer Anzahl von Männern, besonders solchen, die früher an Syphilis, Alcoholismus, Traumen gelitten hatten, trat Paralyse auf. Epilepsie hat Verf. nie nach Influenza entstehen sehen. Einige schwere Neurosen, wie nervöse Taubheit, Asthma, Migräne sah S. nach Influenza geheilt; sie kehrten nicht wieder; also hat doch diese neue Pest in einzelnen Ausnahmefällen sogar einen Nutzen mit sich gebracht.

Strauscheid.

---

339) **J. Lykke:** Bidrag til Bedömmelsen af Influenza'ens Indvirkung paa tidligere tilste devaerende Nervelidelser. (Beitrag zur Beurtheilung von der Einwirkung der Influenza auf früher vorhandene Nervenleiden.)

(Hospitalstidende 1892, Bd. X, p. 417 — 441.)

Fünf Krankengeschichten werden mitgetheilt: 2 Fälle von Apoplexie und zwei von Tabes (von welchen letzteren einer mit progressiver Paralyse und einer mit Epilepsie complicirt war), wo durch das Auftreten von Influenza bedeutende Verschlimmerung des bestehenden Krankheitszustandes eintrat, oder vielmehr, wo ernste Anfälle auftraten, die augenscheinlich ihren Sitz vorzugsweise in den Organen hatten, die vorher schon durch Krankheit afficirt waren. Zwischen diesen Anfällen und der Influenza lag

in den beiden ersten Fällen ein Zwischenraum von mehreren Wochen, in den 3 letzten Fällen von einigen Tagen. Die Anfälle, welche als Folge der Influenza auftraten, bestanden, ausser der Verschlimmerung der schon bestehenden Parese und tabetischen Symptome, wesentlich in stuporösen Zuständen mit Hallucinationen und Amnesie und allgemeiner Schwäche, ausserdem verschiedenen vasomotorischen und trophischen Veränderungen, wie Decubitus und Ergüsse in den Gelenken. Die 3 ersten Patienten kamen nach ganz verschiedener Krankheitsdauer (einige Tage bis $1^1/_2$ Jahr) in ihren ursprünglichen Zustand zurück. Der Epileptiker (18jähriger, kräftiger Mann mit ganz leichten epileptischen Anfällen) starb einige Wochen nach dem Auftreten der Influenza, — ohne irgend welche Verschlimmerung seiner Epilepsie, — unter zunehmender Entkräftung und Verwirrung. Auch der eine Tabetiker (61jähriger Mann, der seit 15 Jahren an Tabes gelitten hatte), starb nach einigen Wochen bei zunehmender Benommenheit, Unklarheit und Entkräftung. P. Koch.

---

340) **F. X. Dercum** (Philadelphia): A case of „railway back".
(The journal of nerv. and ment. disease, Jan. 1892.)

Ein 47jähriger Mann fiel 30 Fuss tief auf Rücken und Kopf und verlor das Bewusstsein; nach Wiedererlangung desselben hatte er heftige Schmerzen im Rücken und Kopf. Trotz wochenlanger Bettbehandlung, Mastcur und anderen Massnahmen liess sich nur eine vorübergehende Besserung des Patienten erzielen; sonst bot er folgendes Bild: heftige Kopf- und Rückenschmerzen, tonischer Spasmus der Rücken- und Schultermuskeln, die hart und fest vorspringen und nur beschränkte Bewegung erlauben. Heftiger Tremor in Kopf, Armen und Beinen. Erhöhung der Kniereflexe. Paradoxe Contraction des tibialis anticus. Häufiger Urindrang. Leichtes Schwitzen. Schlechter Schlaf. Ohrensausen. Erschwertes, langsames Sprechen.

Verf. betont die Wichtigkeit der physikalischen Läsion für das Zustandekommen der einzelnen angegebenen Symptome der traumatischen Neurasthenie. Dass bei dem tiefen Falle irgend welche Muskeln, Sehnen, Gelenke des Rückens beschädigt wurden, ist wohl sicher; dann aber erklärt sich der Spasmus der Rückenmuskulatur leicht als eine Folge der Schmerzhaftigkeit aller Bewegungen, wie ja überhaupt schmerzhafte Gelenke durch spastische Contraction der Muskeln ruhig gestellt werden. Auch das zweite Hauptsymptom des Kranken, der Tremor, ist auf ähnliche Weise zu erklären. Sieht man den Rücken genau an, so findet man, dass an einzelnen Stellen der Spasmus nicht anhaltend ist, sondern intermittirend, und dass die Intermission zusammenfällt mit dem Tremor des übrigen Körpers. Offenbar ist diese Intermission ein Zeichen der Schwäche des Muskels, der zu einer fortdauernden tonischen Contraction unfähig ist; so ist auch der allgemeine Tremor das Resultat von motorischer Erregung und motorischer Schwäche. Trotzdem in diesem Falle jedes Streitelement fehlte, der Kranke vielmehr nur auf sich angewiesen war, blieb der Zustand bis jetzt 1½ Monate lang ohne irgend eine wesentliche Aenderung bestehen.

Strauscheid.

---

341) **James Rorie**: Case of cerebral tumour.
(The journal of mental science, July 1892.)

Eine 60jährige Kleidermacherin erkrankte anscheinend 4 Wochen vor ihrer Aufnahme in die Irrenanstalt derart, dass sie kindisch wurde, unverständlich redete, ihr Gedächtniss verlor. Eine Schwester von ihr lebt in einer Irrenanstalt. Patientin klagte über Schwäche in den Beinen, sonst keine motorischen oder sensiblen Störungen. Intelligenz, Gedächtniss sehr schlecht; Pat. kann nicht für sich selbst sorgen, ist nachlässig, willenlos. Es besteht grosse Neigung zu schlafen, die sich bei allen Beschäftigungen (selbst beim Essen) geltend macht. Wenn jemand rasch vor ihr vorübergeht, wird sie schwindlig und verliert das Gleichgewicht. Zwei Monate nach ihrer Aufnahme in die Anstalt wird Patientin ohnmächtig, paralytisch und stirbt innerhalb 21 Stunden. Bei der Autopsie findet sich im wesentlichen ein auf einem Frontalschnitte 2,5/1,5 Zoll grosses Sarkom der Basalganglien, welches diese beiderseits durchsetzt, ebenso wie auch den Balken und das Gewölbe; nur der hintere Theil des rechten thalamus opticus ist frei geblieben. Ein Fortsatz der Geschwulst in den rechten Frontallappen zeigte ein gelatinöses Aussehen. Ausserdem bestand im linken centrum ovale ein kleiner ovaler Tumor.

Nach der Krankengeschichte war zunächst an eine Paralyse gedacht worden. Symptome, die auf einen Tumor aufmerksam gemacht hätten, wie Kopfschmerz, Erbrechen, Herdsymptome, Sprachstörung, Convulsionen etc. fehlten ganz. Der Augenhintergrund war nicht untersucht worden.

Strauscheid.

---

342) **B. Sachs** (New-York): Disease of the mid-brain region, with special reference to ophthalmoplegia and a note on post-hemiplegic ataxia.
(The american journal of the medical science 1891.)

Ein 3jähriges Kind zeigte einige Monate nach Ueberstehen der Masern psychische Veränderung, Unlust, schwankenden Gang, Erbrechen. Nach einiger Zeit alle äusseren Oculomotoriuszweige gelähmt; cerebellarer Gang, Hinterkopfschmerz, Neigung zum Fall nach rechts, rechte Hand schwach, Steigerung der Reflexe, halb stuporöser Zustand; weiterhin entwickelte sich völlige Blindheit, Convulsionen, Hemiplegie links, Coma, Tod. Bei der Autopsie fand sich ein grosser Tuberkel unterhalb der corpora quadrigemina, zahlreiche andere Tuberkel im Kleinhirn und an anderen Stellen. Verf. schliesst, dass Ophthalmoplegie, wenn sie mit Symptomen eines Hirntumors verbunden ist, für die Localisation der Geschwulst in der Gegend der corpora quadrigemina spricht.

Bei einer 40jährigen Frau bestand 5 Jahre lang nur Kopfschmerz, Erbrechen und Lähmung der äusseren Oculomotoriusäste. Diagnose: Ophthalmoplegia nuclearis ext. Erst ein Monat vor dem Tod traten die deutlichen Zeichen eines Hirntumors auf: Neuritis optica, cerebellare Ataxie. Autopsie verweigert. Syphilis?

Ein 33jähriger Mann zeigte längere Zeit Lähmung mehrerer vom Oculomotorius und Abducens versorgter Muskeln; Heilung auf specifische Behandlung bis auf leichte Parese des rectus extern. sin. Unsicherheit ob specifische Erkrankung der Kernregion oder, was wahrscheinlicher ist, der Basis.

Bei einer 57jährigen Frau trat rasch linksseitige Hemiplegie und Lähmung der inneren wie äusseren Zweige der rechten Oculomotorius auf.

Interessant waren wilde atactische Bewegungen im linken Arme, die ganz den Bewegungen, wie man sie in den letzten Stadien der Tabes an den Beinen sieht, glichen. Befund: Thrombose der arteria cerebralis posterior dextra, Atrophie des rechten Hirnschenkels.

Verf. kommt zu folgenden Schlusssätzen:

1. Das langsame Einsetzen von Oculomotoriussymptomen mit Ataxie und Erbrechen spricht für eine Geschwulst in der Nachbarschaft der Vierhügel.
2. Die Diagnose der Polioencephalitis superior (Wernicke) darf nicht gestellt werden, bis dass eine Geschwulst der Vierhügelgegend positiv ausgeschlossen werden kann.
3. Lähmung eines oder mehrerer, aber nicht aller vom Oculomotorius versorgten Muskeln lässt nicht nothwendigerweise auf eine Kernläsion schliessen. Dies gilt besonders für syphilitische Fälle, in denen eine Affection der Wurzelfasern die gleichen Symptome wie eine Kernerkrankung machen kann.
4. Posthemiplegische atactische Bewegungen können von einer Schenkelläsion herrühren und wahrscheinlich von einer Läsion in irgend einem Theile der motorischen Bahn. Strauscheid.

---

343) **B. Sachs** (New-York): Contributions to the pathology of infantile cerebral palsies.*)

(New-York medical journal, 1891.)

Ein Knabe von 8 Jahren war vor $1^1/_2$ Jahren plötzlich erkrankt an Convulsionen und rechtseitiger spastischer Lähmung. Nachdem dieser Lähmungszustand $1^1/_2$ Jahre bestanden hatte, trat plötzlich eine Verschlimmerung der Hemiplegie auf, Fieber, allmählich sich entwickelndes Coma, Lähmung einer Reihe von Basalnerven. Bei der Obduction fand man eine grosse alte hämorrhagische Cyste der linken Hemisphäre, in welcher sich ein grosses Sarkom entwickelt hatte. Kleinere Tumoren bestanden an der Basis; starker, offenbar alter Hydrocephalus.

Ein 1jähriger Knabe, welcher asphyctisch nach einer 48stündigen Geburtsdauer zur Welt kam, litt von Geburt an spastischer Paraplegie, häufigen tonischen und klonischen Spasmen der gesammten Körpermuskulatur, schlechter geistiger Entwicklung. Tod im Alter von 1 Jahre. Section: Starke Meningoencephalitis über beiden Hemisphären mit secundärer absteigender Degeneration. Die Meningitis wird auf einen während der Geburt entstandenen ausgedehnten Bluterguss zwischen Pia und Cortex zurückgeführt. Es ist dies der zweite Fall von Section bei einer congenitalen spastischen Paraplegie, der wie der erste von Förster lehrt, dass dieser Zustand auf einer Gehirn-, nicht auf einer Rückenmarksläsion beruht.

Verf. hat im Ganzen 205 Fälle von cerebraler Kinderlähmung untersucht und ist darnach der Ueberzeugung, dass diese Lähmung an Häufigkeit der spinalen Kinderlähmung nur wenig nachsteht. In klinischer Hinsicht hebt er hervor, dass Hemiplegie, Diplegie, Paraplegie sowohl cerebralen, wie

*) Anm. In der Sammlung klinischer Vorträge von Volkmann hat Sachs „die Hirnlähmungen der Kinder“ unterdessen monographisch behandelt. Referat folgt bald. Redaction.

spinalen Ursprungs sein können. Wenn auch die Mehrzahl der cerebralen Lähmungen den spastischen Typus zeigen, so sind doch auch einzelne schlaffe Lähmungen auf Cerebralstörungen zurückzuführen, auch einige wenige atrophische Lähmungen haben diesen Ursprung. Beachtet man dieses und berücksichtigt die gleichzeitige Demenz, Epilepsie, Contracturen, Reflexsteigerungen, so wird man fast immer eine ganz sichere Diagnose stellen können.

Als anatomische Grundlage der Erkrankung ist meistens eine Hämorrhagie, Thrombose oder Embolie anzusehen. Strümpell's Polioencephalitis kann, wenn überhaupt, nur in den seltensten Ausnahmefällen in Betracht kommen. Obige 2 Beispiele zeigen, wie verschiedene Sectionsbefunde der Erkrankung zu Grunde liegen können.

Therapeutisch ist festzuhalten, dass in der grossen Mehrzahl der Fälle ein operativer Eingriff, wie Trepanation, Craniectomie etc. bei der Art der pathologischen Störungen absolut nutzlos ist. Ist Epilepsie vorhanden, so ist von einer Operation wenig Erfolg zu erwarten, da sie doch die rasch sich entwickelnde epileptische Gewöhnung des Gehirns nicht beseitigen kann. Nutzen von einer Operation ist zu erwarten bei Fällen von frischer Blutung auf der Gehirnoberfläche, da hier durch Entfernung des Blutes der Entstehung einer Entzündung vorgebeugt werden mag. Hier hat eine geübte, sichere Diagnostik ein recht dankenswerthes Feld der Bethätigung. Nachstehend sei die vorzügliche Uebersicht des Verf. über die verschiedenen Arten der cerebralen Kinderlähmung wiedergegeben:

	Path. Veränderung.	Lähmungsform nach der Häufigkeit geordnet.	Symptomatologie.
pränatal.	Grosse Hirndefecte.	Diplegie, Hemiplegie, Paraplegie.	Geburt normal, vielleicht Frühgeburt. Convulsionen fehlen oft. Geisteszustand zuweilen gut, oft mangelhaft.
	Corticale Agenesis und kleinere Läsionen. (Die höchsten Nervenelemente sind betroffen.)	Diplegie, Hemiplegie, Paraplegie.	Geburt normal; die Lähmung kann schlaff sein; grosser geistiger Defect, Convulsionen vorhanden oder fehlend.
Geburtslähmungen.	Meningeale Blutung, selten intracerebrale Blutung (spätere Zustände: chron. Meningoencephalitis, Sclerose, Cysten).	Hemiplegie, Diplegie, Paraplegie.	Protahirte Geburt, zumal bei Primiparen; instrumentelle Entbindung; Asphyxie bei Geburt; Convulsionen bald nach Geburt und oft wiederholt; frühe Entwicklung von Contracturen; häufige Idiotie.
acute (erworbene) Lähmungen.	Hämorrhagie (meningeale, selten intracerebrale), Thrombosis (zuweilen in Folge syphilitischer Endarteriitis). Embolie. Spätere Zustände: Atrophie, Cysten, Sclerose, Erweichung.	Hemiplegie, Diplegie, Paraplegie.	Plötzlicher Anfang, meist mit Convulsionen; wiederholte Convulsionen; geringes oder kein Fieber. Wiederherstellung von Bein oder Arm sehr häufig; posthemiplegische Bewegungen; geistige Entwicklung selten beeinträchtigt; nach oder während acuter Infectionskrankheiten.

	Path. Veränderung.	Lähmungsform nach der Häufigkeit geordnet.	Symptomatologie.
acute (erworbene) Lähmungen.	Meningitis chronica.	Hemiplegie, Diplegie?	Einsetzen nach Anfall von Meningitis. Basilarsymptome mit spastischer Lähmung; zuweilen fehlen Basilarsymptome.
	Hydrocephalus (selten als alleinige Lähmungsursache).	Paraplegie, Diplegie, Hemiplegie.	Zunahme der Kopfgrösse; allmähliches Auftreten der Lähmung; fortschreitende geistige Verschlimmerung; Ausschliessung anderer Läsionen.
	Primäre Encephalitis? (Strümpell).	Hemiplegie, Diplegie.	Beginn mit Fieber und Convulsionen, unabhängig oder nach acuten Infectionskrankheiten.

Strauscheid.

---

344) **P. Brasche**: Ein Fall von linksseitiger Hemiplegie, begleitet von linksseitiger homonymer lateraler Hemianopsie und Hemianästhesie.
(Petersb. Med. W. 1892, Nr. 12.)

Bei einem 57jährigen Mann mit mässiger Arteriosclerose trat plötzlich unter Erbrechen und Kopfschmerz bei freiem Sensorium eine linksseitige motorische und sensible Hemiplegie ein. Gleichzeitig homonyme laterale Hemianopsie, durch welche die linke Hälfte des Gesichtsfeldes beider Augen verloren gegangen war. Motorische und sensible Lähmung bessern sich in den nächsten Wochen, Hemianopsie bleibt ganz unverändert bestehen bis zum Tode, der zwei Monate später an Pneumonie erfolgt. Es wurden motorische und sensible Störungen als indirecte Herdsymptome, die Hemianopsie als directes Herdsymptom vom 2. Hinterhauptslappen angesehen. Section: Apfelgrosser hämorrhagischer Herd in der Markmasse des rechten Occipitallappens, dessen vordere Hälfte in den Temporallappen reicht. Der Herd nähert sich vorn auf $^1/_2$ cm der Insel, berührt die Rinde im Gebiet der 2 Occipital- und mittleren Temporalwindung, hat das hintere Drittel des Linsenkerns und des Claustrum zerstört, tritt an die Aussenwand des Hinterhorns heran, ohne diese zu durchbrechen; — der ganze Hinterhauptslappen erscheint von der caps. interna abgeschnitten. Ein zweiter bohnengrosser Bluterguss in der Markmasse des linken Temporallappens war anscheinend ohne klin. Symptome verlaufen. Mercklin.

---

345) **Edwin Goodall**: Note upon haematoma of the dura mater.
(The journal of mental science, July 1892.)

Im Verlaufe von einigen Experimenten an Kaninchen, denen die dura mater eingeschnitten und durch diese Wunde spiritus vini gallici oder Cantharidin auf die Hirnrinde applicirt wurde, machte G. folgende Beobachtung: Bei einem von 6 Kaninchen, bei dem Spiritus angewandt worden war, fand sich bei der 48 Stunden nach der Operation vorgenommenen Section fast über der ganzen rechten Hemisphäre die dura mater mit dunkelrothem Blut bedeckt. Die Gefässe der dura waren aussergewöhnlich prominent und

zahlreich; die Membran selbst war nicht verdickt und zeigte ausser den Blutklumpen kein Exsudat. Nach Auswaschung des Blutfarbstoffes blieb eine durchsichtige Pseudomembran zurück; diese bestand, wie die microscopische Untersuchung lehrte, aus zahlreichen rothen, wenigen weissen Blutkörperchen, einem Netzwerk von Fibrinfasern und einer amorphen Substanz. Bei den 5 übrigen Kaninchen wurde nichts derartiges entdeckt. G. ist der Ansicht, dass, falls das Thier länger gelebt hätte, eine Organisation des Blutklumpens stattgefunden hätte, dass also der vorliegende Fall das früheste Stadium von Haematom der dura mater darstellt. Strauscheid.

346) **B. Szalay**: Neoplasma des Nucleus amygdalinus bei einem Epileptiker.
(Orvosi hetilap 1892. 8 B.)

Verf. theilt einen Fall von Epilepsie mit (typische Krampfanfälle mit intermittirender Geistesstörung), wo die Section das Vorhandensein eines Gliosarkoms im rechten Mandelkern, rothe Erweichung des linken Schläfenlappens und des rechten Stirnlappens, Pachymeningitis interna und Erweiterung der Hirnventrikel nachwies. Verf. nimmt einen causalen Zusammenhang zwischen dem Tumor und der Epilepsie in seinem Falle an und zwar aus dem Grunde, weil er der Meinung ist, dass die Entstehung des Tumors und der epileptischen Erkrankung gleichzeitig stattgefunden hat und zwischen dem Wachsthum der Geschwulst und der Zunahme der epileptischen Symptome ein Parallelismus vorhanden war. Beweise hierfür bringt jedoch Verf. nicht und der Umstand, dass der Tumor intra vitam symptomenlos entstand und weiter wuchs, — es waren nicht die geringsten Zeichen eines Hirntumors vorhanden und nur die Obduction wies dessen Gegenwart nach, — macht diese Annahme des Autors unhaltbar.

Ostermayer (Budapest).

347) **L. Wehlau** (Scranton, Pa.): „Syringomyela."
(The Medic. Record, 12. Decb. 91.)

Verf. gibt die Krankengeschichte eines 53jährigen Mannes und bespricht dann an der Hand dieses und eines der von Hoffmann in Volkmann's klinischen Vorträgen (April 1891) veröffentlichten Fälle die Pathologie, Symptomatologie, Diagnose und Behandlung der Erkrankung, ohne Neues zu bringen. Dr. Voigt.

348) **F. X. Dercum** (Philadelphia): A case of ataxia of irregular type following injury.
(The journal of nervous and mental disease. Dec. 1891.)

Bericht über eine langsam sich entwickelnde, schwere organische Rückenmarkserkrankung nach Eisenbahnunfall. Schwerer Unfall mit 1[illegible] stündiger Bewusstlosigkeit; eine Woche bettlägerig. Von da an constant heftige Kopfschmerzen. Nach einem Jahr heftige stechende Schmerzen in den Extremitäten; schwankender Gang, besonders im Dunkeln. Zwei Jahre nach dem Anfalle epileptische Krämpfe, welche sich von Zeit zu Zeit wiederholen. Jetzt nach 19 Jahren hochgradige Ataxie. Westphal'sches Zeichen. Starke Anästhesie der Beine, schwache der Arme. Atrophie des linken Beines. Scoliosis. Heftige Kopfschmerzen, auch bei Druck oder

Percussion. Schmerz in den Eztremitäten geringer. Gürtelgefühl in Abdomen. Geringe Atrophie der Papille auf der Temporalseite; Scotome für Roth und Grün. Pupillen reagiren sehr gut. Ab und zu treten noch epileptische Anfälle auf. Patient stammt aus gesunder Familie, war bis zum Unfall ganz gesund, war kein Trinker, hatte nie eine venerische Affection.

Strauscheid.

---

349) **F. Chvostek**: Ein Fall von ischämischer Lähmung in Folge von Embolie der Arteria femoralis.

(Jahrb. f. Ps., Bd. X, H. 2 u. 3.)

Unter Verwerthung eines in der Meynert'schen Klinik beobachteten und anatomisch untersuchten Falles gelangt Ch. nach Besprechung der Anschauungen anderer Autoren zu der Ansicht, dass die nach Gefässverschluss auftretenden ischämischen Lähmungen zunächst neurogenen Ursprungs sind, d. h. bedingt durch Verlust des Leitungsvermögens des Nerven, für den die Schädigung der Endorgane verantwortlich zu machen sei; es treten jedoch bald die Erscheinungen der durch mangelnde Blutcirculation und behinderten Stoffwechsel bedingten necrobiotischen, entzündlichen und Schrumpfungsvorgänge der contractilen Substanz in den Vordergrund, so dass die myogene Componente der Lähmung secundär in Betracht kommt.

Mercklin.

---

350) **Katzenstein**: Ueber die Medianstellung des Stimmbandes bei Recurrenslähmung. (Virch. Arch., 128 Bd.)

Wagner's Behauptung, dass eine Medianstellung des Stimmbandes bei Recurrenslähmung einzig durch den Ausfall des Musc. crico-thyreoideus bedingt werde, wird von K. einer controllirenden Untersuchung unterzogen. Zu diesem Zweck prüft er zuerst durch electrische Reizversuche und durch Degenerationsversuche den zuerst von Exner beschriebenen und von Wagner ohne Weiteres als bestehend angenommenen N. laryngeus medius und kommt auf Grund dieser Versuche an Hunden und Affen, sowie von anatomischen Präparaten zu dem Schlusse, dass ein solcher Nerv im Sinne von Exner gar nicht existirt. Der genannte Nerv ist beim Hunde der Nervus pharyngeus medius e vago und beim Affen der N. pharyngeus medius e vago et sympathico.

Durch weitere Prüfung fand er an der Hand eigener Experimente:

1. Nach Durchschneidung des N. recurrens tritt das Stimmband der operirten Seite in Cadaverstellung.
2. Durchschneidet man auch den Nerv. laryngeus superior, so tritt das vorher gelähmte Stimmband etwas tiefer und schlottert.
3. Eine darauf folgende Durchschneidung des N. pharyngeus medius hat keinen neue Veränderungen zu Folge.
4. Eine Durchschneidung des N. pharyng. medius zu Beginn des Versuches hat keinerlei Einfluss auf die Beweglichkeit oder auf die Stellung des Stimmbandes.
5. Eine alleinige Durchschneidung des N. laryngeus superior hat nur ein Tiefertreten und ein Schlottern zu Folge.

K. schliesst aus seinen Versuchen, dass der Musc. crico-thyreoideus also nur ein Längsspanner der Stimmbänder ist und mit der Medianstellung des gelähmten Stimmbandes nichts zu thun hat.

Felix Peltesohn.

---

351) **Mehring** und **Zuntz**: Ueber die Medianstellung des Stimmbandes bei Lähmung des N. recurrens.

(Verhandl. der physiol. Gesellsch. in Berlin vom 19. II. 1892.)

Verfasser bestreiten die von Wagner ausgesprochene Meinung über die Wirkung des M. crico-thyreoideus bei Recurrenslähmung. Sie geben zu, dass das nach Durchschneidung des recurrens in Medianstellung verbleibende Stimmband nach weiterer Durchschneidung des N. laryngeus superior in Cadaverstellung übergeht. Dagegen beeinflusst weder directe noch indirecte Reizung, noch totale Exstirpation des Musc. crico-thyreoid. den Stand des Stimmbandes in der nach Wagner anzunehmenden Weise. Der in neuerer Zeit von Wagner in den Vordergrund geschobene Antheil des Lig. triquetrum am Zustandekommen der Medianstellung des Stimmbandes ist völlig unverständlich und die dafür angestellten Versuche entbehren jeder Beweiskraft. — Die motorischen Fasern des laryngeus sup. haben auf den Stand des Stimmbandes gar keinen Einfluss. Dagegen wirken die sensiblen Fasern des laryng. superior reflectorisch auf die Kehlkopfmuskeln der anderen noch motorisch innervirten Seite und auf die constrictores pharyngis.

Dem entsprechend wirkt Cocainisirung des Kehlkopfinnern ebenso wie Durchschneidung des Nerv. laryngeus superior. Das gelähmte Stimmband tritt nach Cocainisirung sofort in die Cadaverstellung, um nach Ablauf der Cocainwirkung wieder in seine ursprüngliche Medianstellung zurückzukehren.

So ist es auch wohl zu erklären, warum bei tiefer Morphinisirung nach Durchschneidung des Recurrens das betreffende Stimmband sofort in Cadaverstellung tritt und die Durchschneidung der sensiblen Aeste des N laryngeus superior denselben Effect hat, wie die Trennung des ganzen Nerven

Der spontane Uebergang der Medianstellung in Cadaverstellung im Laufe von 3—6 Tagen nach Durchschneidung des Recurrens dürfte auf einer allmählichen Gewöhnung an die abnormen Sensationen, welche die Stimmbandstellung erzeugt, zurückzuführen sein und auf einem damit gegebenen Nachlass der eine Correction erstrebenden motorischen Impulse beruhen.

Felix Peltesohn.

---

352) **Habermann** in Graz: Ueber Erkrankung des Gehörorgans in Folge von Tabes.

(Archiv für Ohrenheilk. 1892, 33. Bd., 2. Heft.)

Den Arbeiten von Morpurgo und Treitel fügt H. einen ausgezeichneten auf der v. Jacksch'schen Klinik beobachteten Fall von Tabes av. Autopsie und nachfolgende microscopische Untersuchung machen den Fall besonders interessant. Eine 52jährige Köchin erkrankt unter Sausen in beiden Ohren, ein Jahr später wird sie vollkommen taub, nach 12 Jahren wird sie tabisch und geht an einem Decubitus mit sich daran schliessendem Erysipel zu Grunde. Die microscopische Untersuchung ergibt: Mittelohr. links normal, rechts die Schleimhaut ein wenig entzündet. Im inneren Ohr.

findet sich ein fast vollständiger Schwund der Nervenfasern des nervus cochlearis bis auf einige spärliche Fasern linkerseits, dem auch ein fast vollständiger Schwund der Nervenfasern in der Schnecke entspricht. Dabei ist der Stamm des Nerven durch ein mehr hyalines Bindegewebe ersetzt, das die Farben sehr schwach annimmt, wenig Streifung und wenig Kerne zeigt, stellenweise sich auch gar nicht mehr färbt und kernlos ist, und in dem ungemein viele kleine corpora amylacea eingestreut sind. In geringerem Grade atrophisch resp. degenerirt erwies sich der Nervus vestibularis, namentlich waren rechts nicht alle Erscheinungen so ausgesprochen. Auch fand sich an der Schnecke in der Spitze ein Nervenbündel erhalten und im Endtheil der basalen Windung einige Ganglienzellen.

Zweifellos sind die genannten Veränderungen mit der grauen Degeneration des Rückenmarks in ursächlichem Zusammenhange. Einmal fehlen alle anderen Veranlassungen, sodann sind die histologischen Veränderungen an den Nerven genau dieselben, wie an anderen Nerven bei Tabes. Uebrigens war nur der Stamm des Acusticus und seine Labyrinthsausbreitung erkrankt. Die Acusticuskerne waren intact.

Interessant ist das frühe Auftreten der Acusticusaffection als erstes Symptom der Tabes, analog der Sehnervenatrophie, welche so oft der erste Bote der Tabes ist. Uebrigens ist Taubheit als erstes Symptom der Tabes schon von v. Hermet beobachtet worden.

Auffallender Weise fehlte trotz der Veränderungen in den Bogengängen jeder Schwindel bei Lebzeiten. Trophische Störungen, auf welche Treitel und Morpurgo Gewicht legen und welche sie durch eine Miterkrankung des N. trigeminus erklärten, fanden sich nicht.

Merkwürdig ist noch die Thatsache, dass die Patientin trotz totaler Taubheit für tiefe Töne (c) noch eine Perception hatte, weil dann das Vorhandensein eines intact gebliebenen Nervenbündels an der Spitze der rechten Schnecke im Sinne der Helmholtz'schen Theorie von der Function der Schnecke eine Erklärung dafür geben würde.

Felix Peltesohn.

---

353) **William Evans** (Philadelphia): Some clinical features of Bèle's palpalsy as illustrated by three cases.

(The journal of nervous and mental disease. June 1892.)

Verf. hat die altbekannte Thatsache wieder entdeckt, dass nach Facialislähmungen, auch wenn sie fast völlig geheilt sind, Contracturen entstehen, die mitunter den energischen Gebrauch der betreffenden Muskeln nur wenig stören.

Strauscheid.

---

354) **Wallace Beasty**: A case of myxoedema succesfully treadet by massage and hypodermic injections of the thyroid Gland of a sheep.

(The brit. med. Journ., 12. März 1892.)

Auch in diesem typischen Fall von Myxoedem wurde mit Injectionen von Schilddrüsenextract, welches nach Murray's Vorschrift vom Schaf genommen war, eine so wesentliche Besserung erzielt, dass „kein Arzt in dem Fall mehr Myxoedem erkennen konnte“.

Wichmann.

355) **W. H. Bates** (New-York): „A case of nasal reflex".
(The Med. Rec., 27. Febr. 92.)

Ein 18jähriges Fräulein, das an Insuff. der mm. recti intern. litt und desshalb das Lesen in Folge sofort auftretender heftiger Kopfschmerzen u. s. w. nicht fortsetzen konnte, wurde durch Cocainisirung, später durch Entfernung einer scharfen an der linken Seite des Septum nar. hervorspringenden Gewebspartie geheilt; zwar blieb die Insufficienz, doch trat niemals mehr Kopfschmerz und Unmöglichkeit zu lesen und zu arbeiten ein.
Voigt.

---

356) **W. R. Townsend** (New-York): „The necessity for early mechanical treatment in infantile spinal paralysis." (Die Nothwenigkeit frühzeitiger mechanischer Behandlung bei infantiler Spinalparalyse.)
(The Medic. Record, 30. Januar 92.)

Verf. beklagt, dass in den meisten Fällen von spinaler Kinderlähmung die nothwendige mechanische (chirurg.) Behandlung zu spät eingeleitet werde. Da die Ursache der entstehenden Deformitäten theils in trophischen Störungen der Glieder, theils in der Lähmung einzelner Muskelgruppen liege, als deren Folge Contracturen der Antagonisten auftreten, so sei es erste Pflicht, neben der gewöhnlich angewandten medicinischen, electrischen und Massage-Behandlung zugleich zu versuchen, die geschädigten Glieder durch passende Apparate in normaler Stellung zu erhalten. Nur auf diese Weise gelinge es, Contracturen und den aus ihnen sich allmählich entwickelnden Deformitäten vorzubeugen; auch würde gewiss in manchem Falle, wo durch trophische Veränderungen eine Wachsthumshemmung in den getroffenen Gliedern, besonders im Knochen selbst eintraten, durch diese frühzeitige mechanische Behandlung eine Verminderung derselben erreicht, da ja das Wachsthum der Knochen auch zum Theil abhänge von dem Wachsthum der an ihnen befestigten Muskeln. Voigt.

---

357) **W. B. Fletcher** (Indianopolis, Ind.): Trephining for paralysis of he third nerve.
(The journal of nervous and mental disease, May 1892.)

Ein 38jähriger Schmied wurde bei der Arbeit durch den Wurf eines Hammers gegen die rechte Stirnhälfte getroffen; er fiel auf das Gesicht und war eine halbe Stunde lang bewusstlos. Nach einigen Tagen kehrte er zur Arbeit zurück, musste sie aber bald wieder aufgeben. Er litt an heftigen Stirnschmerzen, das rechte Auge zeigte Ptosis und Ablenkung nach aussen und unten. Gesichts- und Gehörstäuschungen, sowie melancholische Stimmung stellten sich ein. Ein Augenarzt stellte eine vollkommene Lähmung des rechten Oculomotorius fest, der Bulbus war etwas vorgetrieben und die Sehkraft herabgesetzt. 6 Monate nach dem Unfalle wurde direct oberhalb der rechten Augenbraue trepanirt. Es fand sich zunächst ein Catarrh des sinus frontalis, dessen Schleimhaut ein übelriechendes Secret absonderte. Nach Durchschneidung der Dura fand man eine Fractur des Orbitaldaches; an dieser Stelle fand sich ein gallertartiges Exsudat zwischen dem Knochen und der verdickten Dura. Freie Knochenstückchen fanden sich nicht; das Gehirn war anscheinend ganz gesund. Während des glatten

Heilungsverlaufes entleerten sich etwa 12 Tage lang Schleim und Blut aus der Nase. Nach der Heilung der Wunde fühlte sich Patient ganz gesund; der Stirnkopfschmerz war verschwunden, die Stimmung wieder eine gute und nach ca. 3 Monaten war die Oculomotoriuslähmung vollständig geheilt. Auch in den folgenden zwei Jahren ist der Mann vollkommen gesund geblieben. Strauscheid.

---

358) Dr. phil. **Alfr. Lehmann** (Kopenhagen): Hovedlovene for det menneskelige Fölelsesliv. (Die Hauptgesetze des menschlichen Gefühlslebens.) (Kjöbenhavn 1892.)

Der Verf. hat schon mehrere verdienstvolle Arbeiten auf dem Gebiete der Psychophysik und der physiologischen Psychologie geliefert, deren Reihe er jetzt mit dieser umfangreichen und durchaus originellen Abhandlung über das menschliche Gefühlsleben vermehrt. Die Abhandlung, die näher als „eine experimentelle und analytische Untersuchung über Natur und Auftreten der Gefühlszustände, sowie ein Beitrag zu ihrer Systematik“ bezeichnet wird, ist von der kgl. dänischen Gesellschaft der Wissenschaften preisgekrönt. Der Verf. stellt sich die Aufgabe, eine systematische Eintheilung der menschlichen Gefühle zu schaffen. Um dieses thun zu können, ist es aber nothwendig, zuerst eine genaue Kenntniss der wesentlichsten Eigenthümlichkeiten dieser Gefühle zu haben, und es wird daher zunächst die Aufgabe des Verfassers, durch eine zusammenfassende Bearbeitung des vorliegenden Erfahrungsmaterials und das Beibringen neuer Thatsachen sich eine solche zu verschaffen.

Der erste Hauptabschnitt des Buches handelt desshalb von der Natur der Gefühle. „Gefühl“ wird vorläufig als Zustand von Lust und Unlust definirt im Gegensatze zu Empfindungen und Vorstellungen als den gleichgültigen Wahrnehmungen eines gegebenen Inhalts, und der Gegensatz zwischen Vorstellungen und Gefühl wird dadurch characterisirt, dass die Vorstellungen immer über sich selbst hinaus auf eine von dem vorstellenden Subject verschiedene Welt deuten, während das Gefühl von Lust und Unlust nur das Subject selbst angeht.

Der Verf. beschäftigt sich eingehend mit den Darstellungen Kant's und der Herbartianer (Nahlowsky, Volkmann) von den hierher gehörigen Verhältnissen. Er kritisirt in zutreffender Weise die Auffassung der letztgenannten, welche er für unhaltbar ansieht, und hält an der Anschauung Kant's in ihrer ursprünglichen Form fest; nach dieser kommen Zustände von Lust und Unlust nur in Verbindung mit intellectuellen Zuständen, einfachen oder zusammengesetzten Erkenntnisselementen vor. Hieran schliesst sich auch Wundt und von den Engländern Z. B. Bain. Was wir alltäglich Gefühle nennen, sind die reellen, wirklich existirenden psychischen Zustände, in welche sowohl intellectuelle wie emotionelle Elemente, Gefühlstöne, eingehen; und der Character der Gefühle wird durch die Erkenntnisselemente (Empfindungen, Vorstellungen), woran die Gefühlstöne Lust und Unlust sich knüpfen, bedingt. Die reinen Gefühlstöne kommen nicht in der Wirklichkeit, sondern nur als psychologische Abstractionen vor. Es ist aber desshalb keineswegs nothwendig, mit den Herbartianern anzunehmen, dass nur die Empfindungen primäre, psychische Zustände sind, wovon die Gefühle abgeleitet sind, und

die Gefühlstöne also nur eine Summe von Organempfindungen. Auf diese Punkt kommt der Verf. später zurück, nachdem er vorher die Frage vo dem Verhältniss der Gefühle, besonders der Affecte, zu den körperlichen Zu ständen, wovon sie begleitet werden, behandelt hat. Mittelst sorgfältige und interessanter, selbständiger Experimente (mit dem Kymographen angestellt weist der Verf. im wesentlichen die Richtigkeit der Anschauungen vo Karl Lange*) nach, indem er zeigt, dass lustbetonte Zustände vo Gefässerweiterungen an der Oberfläche des Körpers, ver stärkter Innervation der willkürlichen Muskeln (besonder der Respirationsmuskeln) und wahrscheinlich Steigerung de Umfanges der Herzbewegungen begleitet werden. Unlust betonte Zustände werden von Gefässverengungen an der Ober fläche des Körpers, Störungen verschiedener Art in der Inner vation der willkürlichen und organischen Muskeln und wahr scheinlich gewöhnlich von Gefässlähmungen im Inneren de Körpers in Verbindung mit Einschränkung der Herzbeweg ungen begleitet. Wenn dagegen Lange und Andere behaupten, dass es die Empfindungen von den verschiedenen Veränderungen des Organismus die hierdurch hervorgerufen werden, sind, welche die Gefühlsbetonung con stituiren, muss der Verf. sich mit ihnen uneinig erklären, indem er zeigt dass die Gefühlsbetonung bei den einfachen (unzusammengesetzten) Sinnes Empfindungen keine Summe der Organ-Empfindungen sein kann. Die Be tonung sowohl von den Sinnes- wie von den Organ - Empfindungen ist unmittelbar an die Empfindung geknüpft. Es ist nicht schwer, durch Selbstwahrnehmung sich davon zu überzeugen, dass die primäre Sinnes- empfindung mit ihrer Betonung und die danach folgenden ebenso betonten Organ-Empfindungen zwei von einander getrennte Momente sind.

Gestützt auf die hier genannten und andere Untersuchungen und Ueber- legungen, auf welche wir hier nicht näher eingehen können, spricht der Verf. am Schlusse des ersten Hauptabschnittes folgende Hypothese von der Natur der Gefühle aus: „Lust ist die psychische Folge davon, dass ein Organ während seiner Arbeit keine grössere Energiemenge, als die Er- nährungswirksamkeit ersetzen kann, verbraucht; Unlust dagegen ist die psychische Folge eines jeden Missverhältnisses zwischen Verbrauch und Er- nährung, indem sie entsteht, sowohl wenn der Verbrauch die Zufuhr über- schreitet, als wenn die Zufuhr wegen der Unwirksamkeit des Organes das Maximum, das angenommen werden kann, überschreitet.“ Ein besonderes Gewicht scheint der Verf. jedoch dieser Hypothese nicht beizulegen; sie wird sich wohl auch schwierig mit den Thatsachen in Uebereinstimmung bringen lassen. Es ist zum Beispiel nicht gut einzusehen, warum ein Tropfen schwacher Chininlösung auf der Zunge „eine grössere Energiemenge“ verbraucht als ein Tropfen Zuckerlösung.

Im zweiten Hauptabschnitt, über die speciellen Gesetze der Gefühle, wird die Abhängigkeit des Gefühls von der Stärke und Zeitdauer der betonten Vorstellung, sowie von fremden Vorstellungen untersucht. Wir müssen aber hier, was die näheren Details angeht, auf das Original hinweisen. Der Abschnitt schliesst mit einer Untersuchung über den Ur-

*) Om Sindsbevogelser. Et psyko-fysiologisk Studie. Kjöbenhavn 1885.

sprung der körperlichen Aeusserungen der Affecte (der sogenannten Ausdrucksbewegungen) und deren Entwickelung innerhalb des Lebens des einzelnen Individuums, und der Verf. gelangt hier zu dem Resultate, dass die meisten der körperlichen Aeusserungen der Affecte sich als innerhalb des Lebens des einzelnen Individuums entstanden erklären lassen, ohne dass man genöthigt ist, der Erblichkeit eine besondere Bedeutung zuzulegen. Nur einzelne Ausdrucksbewegungen, wie die, welche den Schreck begleiten, scheintm an als angeborene betrachten zu müssen. Die Entwickelung, aus welcher die einzelnen Affecte mit ihren leiblichen Aeusserungen hervorgehen, fasst der Verf. als einen Associationsprocess, analog den bei dem Vorstellungsleben gekannten, auf. Motorische Innervationen, welche bei äusseren Einwirkungen häufig mit bestimmten Empfindungen und Vorstellungen gleichzeitig gewesen sind, werden sich mit diesen associiren und desshalb später direct von denselben Vorstellungen oder indirect von anderen Vorstellungen durch die ursprünglichen als Zwischenglied reproducirt werden können.

Im letzten Hauptabschnitte gibt der Verf. seinen Versuch einer systematischen Ordnung der Gefühle und theilt dabei zuerst sämmtliche Gefühle in zwei Hauptgruppen: Inhalts- und Relationsgefühle. Die Inhaltsgefühle sind die, deren Arteigenthümlichkeiten nur auf dem Vorstellungsinhalt beruhen, die Relationsgefühle dagegen solche, in welchen die emotionellen Elemente an gewisse Relationen unter den Vorstellungen geknüpft sind, während der Vorstellungsinhalt nur eine unwesentliche Rolle spielt.

Die Relationsgefühle werden in drei Gruppen getheilt:

1. Gefühle, welche aus den Zeit- und Stärkeverhältnissen der Vorstellungen entspringen;
2. Gefühle, welche aus dem Verhältniss zwischen gleichartigen Vorstellungen, verschiedene Objecte betr., entspringen (Contrastgefühle);
3. Gefühle, welche aus dem Verhältniss zwischen Vorstellungen, dasselbe Object betreffend, entspringen (intellectuelle Gefühle).

Die Inhaltsgefühle werden den Beziehungen des Individuums auf die umgebende Welt gemäss in sechs Gruppen getheilt:

1. Das Ich greift activ in die Welt ein: die Wirksamkeitsgefühle;
2. das Ich fasst sich selbst als wirksames Glied der Welt auf: die Selbstgefühle;
3. das Ich wird Gegenstand einer Einwirkung der Aussenwelt, welche als seine Existenz hemmend oder fördernd unmittelbar aufgefasst wird: die autopathischen Gefühle;
4. das Ich verhält sich betrachtend der Aussenwelt gegenüber: die ästhetischen Gefühle;
5. das Ich verhält sich betrachtend anderen Wesen gegenüber, welche als Lust und Unlust fühlende aufgefasst werden: die sympathischen Gefühle;
6. das Ich verhält sich der Umwelt gegenüber idealisirend: die religiösen Gefühle.

Unter den hier genannten Gruppen sucht nun der Verf. alle einzelnen Gefühle unterzubringen. Was die Einzelheiten betrifft, muss auf das Original verwiesen werden. Koch (Kopenhagen.)

359) **Meynert:** Naturexperimente am Gehirn.

(Jahrb. f Ps., Bd. X, Hft. 2 u. 3.)

Unter diesem Titel concentrirt M. in dem Rahmen eines Vortrags seine Anschauungen über die anatomische Grundlage der Psychosen und seine Ideen über die Veränderung der Hirnthätigkeit bei diesen Krankheiten. Auch hier bewundern wir die universale Beherrschung und Heranziehung der Grundwissenschaften und die Fülle origineller Gedanken, an welche sich immer wieder neue ansetzen, während der breite Zutritt, den M., um zu einer erklärenden Psychiatrie zu gelangen, der Hypothese gestattet, zum Widerspruch reizt. Eine Wiedergabe des Inhalts in den kurzen Zeilen eines Referats erscheint bei der meisterhaft durchgeführten Einengung des Originals auf wenige Seiten unthunlich, auch darf gerade jetzt die Pietät für den Genius Meynert's eine selbstständige Kenntnissnahme seiner Anschauungen fordern. Mercklin.

---

360) **Th. Tiling:** Ueber die amnestische Geistesstörung.

(Allg. Ztschr. f. Ps, Bd. 48, H. 5.)

Die Mittheilung ist zur Ergänzung der früheren Arbeit T.'s über die bei multipler Neuritis vorkommende Geistesstörung (Allg. Ztschr., Bd. 46) und zur Berichtigung einiger Missdeutungen bestimmt. T. hebt nochmals hervor, dass nach seiner Erfahrung die früher beschriebene amnestische Geistesstörung bei der alcoholischen Neuritis in der Regel vorkommt, während dies Zusammentreffen bei anderen Neuritiden nur ausnahmsweise eintritt. Eine dieser zweiten Gruppe angehörige Beobachtung — Neuritis und amnestische Psychose nach Abdominaltyphus — wird vorgeführt. Diese amnestische Geistesstörung ist indessen nichts für die Neuritiden Specifisches, sie kommt, wie T. ausführt, auch bei Alcoholismus ohne Neuritis, im Senium und nach Kopftrauma vor, was T. durch einige Krankengeschichten zu verdeutlichen sucht. Es ist daher nicht richtig, wenn Korsakoff von einer *eigenartigen* Psychose bei Neuritis, von einer specifischen „Psychosis polyneuritica" spricht, auch die von K. angenommene toxaemische Grundlage hat nicht für alle Fälle von amnestischer Geistesstörung Geltung.

Mercklin.

---

361) **Raffaele Roscioli:** La paralisi progressiva nell'Italia moridionale. Studio clinico e statistico.

(Il manicomio moderno 1891.)

Die Untersuchungen R.'s beziehen sich auf 125 Paralytiker (109 M., 16 F.). welche in die Irrenanstalt von Nocera in den Jahren 1883—1890 aufgenommen wurden; die genannte Anstalt bekommt ihre Kranken aus 6 Provinzen Süditaliens, in denen Ackerbau vorherrscht. Im Vergleich zu der Gesammtaufnahme hat die Aufnahme der Paral. gegen die 70er Jahre von 4,4 auf 6,1% zugenommen. Die Zahl der weiblichen Paral. hat nicht zugenommen. Bei weitem am häufigsten (51 Fälle) trat die P. zwischen 40 bis 50 Jahren auf. Handwerker und Kaufleute waren sehr viel mehr befallen als Ackerer trotz des agrarischen Characters der Umgebung. Die ersten Symptome bildeten meistens psychische, selten motorische Erscheinungen. Remissionen waren selten, durchschnittlich 2—4 Monate, wiederholten

sich höchstens 3 Mal. Die häufigste Form der P. war die expansive Manie, sehr selten die circuläre Form. Die Dauer betrug meist 1—2 Jahre (81 Fälle), selten über 4 (bis 8) Jahre (4 Fälle). Ausgang immer Tod. Paralytische Anfälle waren sehr häufig in allen Stadien. Sprache und Schrift waren fast immer gestört. Kniephänomene waren oft gestört, dann meist aufgehoben. Pupillendifferenz sehr häufig, meist rechts Mydriasis. Von den Ursachen der P. traten am stärksten hervor die Heredität; sie war in 31,2 % der Fälle nachzuweisen. Syphilis konnte nur in 2[illegible],2 % der Männer und 12,5 % der Frauen nachgewiesen werden. Traumen waren in 10 % der Fälle vorhergegangen. Alcoholismus war bei keinem Kranken nachzuweisen, wie derselbe nach Verf. denn überhaupt in Süditalien eine Seltenheit sein soll. **Strauscheid.**

---

362) **P. Södenbaum**: Operation för epileptoida anfall.
(Upsala Läkareförenings förhandlingar, 1891, 27. Bd., S. 49.)

Kurze Mittheilung eines Falles von traumatischer Epilepsie, vom Verf. mittelst Operation behandelt. Neunzehnjähriger Mann erhielt in seinem fünften Jahre ein Trauma am Kopfe durch einen fallenden Tannenbaum Acht Jahre alt bekam er Anfälle von Schwindel, später von Bewusstlosigkeit von ca. 2 Minuten. Einmal vor drei Monaten ein typischer Anfall von Epilepsie. Wurde am 18. November 1890 operirt. Am Kopfe eine Vertiefung, von einem Punkte, 6,5 cm oberhalb des linken proc. mastoides ausgehend, welche sich 5,5 cm gerade nach oben erstreckt und von einer Breite von 5 cm in ihrem unteren Theil, von 3 cm im oberen ist. Man fühlt hier keinen Knochen, sondern nur die weichen Bedeckungen, die von mit dem Herzen isochronen Pulsationen gehoben werden. Mittelst zweier Incisionen wurden die Weichtheile durchschnitten; die Pia war ödematös geschwollen, die Hirnsubstanz scheinbar gesund. Auch in diese wurden ein Paar Incisionen gemacht. Heilung per primam. In den folgenden drei Tagen sieben Anfälle von typischer Epilepsie. Später frei von grossen wie von kleinen Anfällen. Im August und September 1891 hat sich jedoch wieder je ein Anfall eingefunden. **Koch** (Kopenhagen).

---

363) **Studsgaard** (Kopenhagen): Trepanaton bei Epilepsie nach Trauma capitis.

I. 27jähriger Mann, der in seinem 12. Lebensjahr durch einen Fall einen Schlag auf den Hinterkopf bekam; seitdem epileptische Anfälle. Am Schädel finden sich links von der Mittellinie aufwärts in der sutura lambdoidea einige bewegliche Narben, darunter eine vertiefte Stelle, die seit der Contusion immer empfindlich war. Trepanation mit dem Meissel. Der Schädel sclerotisch, ohne Diploe, die Dura normal, ebenso die bei der Oeffnung blossgelegte Pia. Dio Anfälle schienen nach der Operation weniger heftig zu sein, als vorher.

II. 17jähriges Mädchen fiel vor 7 Jahren von einer Schaukel, wobei es sich einen complicirten Bruch der rechten Schädelhälfte zuzog. Nach Ausstossung eines Sequesters heilte die Wunde. Pat. hatte häufige Kopfschmerzen, war aber sonst gesund, bis vor 4 Jahren epileptiforme Anfälle aufzutreten begannen. Diese Anfälle, denen starker Kopfschmerz vorausgeht,

treten in der Form minutenlangen Vorsichhinstarrens auf, ohne Hinstürz und ohne universelle Krämpfe (also petit mal, Ref.). Zwischen zwei A fällen liegen 2 Monate, in der letzten Zeit nur 14 Tage. Keine heredită Dispositisn. Am Schädel eine weissliche, verschiebbare Narbe. Der Schäd knochen unregelmässig verdickt. Keine Empfindlichkeit. Trepanation mit d Meissel. Unter dem ausgemeisselten Knochenstück, das normal war, glatt an der Innenseite, — befand sich ein loses, glattes, unregelmässig Stück Knochen, das extrahirt wurde. Dura normal. Sieben Tage na der Operation hatte P. einen Anfall von einigen Minuten, während dess sie vor sich hinstarrte; dabei klopfenden Kopfschmerz. Als der Verf. 4 Wochen nach ihrer Entlassung sah, litt sie gar nicht mehr an Ko schmerz und gab an, nur einen wenige Minuten dauernden Anfall ohne B wusstlosigkeit gehabt zu haben.

III. Schmied, 24jährig, war in seinem 16. Jahr von einem a schlagenden Pferd an die linke Seite des Schädels getroffen worden. Na der Läsion blieb eine 6 cm lange deprimirte Narbe über dem linken Au 5 Jahre nach der Läsion traten plötzlich epileptische Anfälle auf, die si in Zwischenräumen von 2—3 Monaten wiederholten. Im Jahre 1888 v gebliche Bromkalicur. Pat. leidet an stechenden, bohrenden Schmerzen der Narbe und in der ganzen linken Kopfhälfte. Das Gedächtniss hat a genommen. Bei der Trepanation mit dem Meissel wird ein deprimirt Knochenstück, 2 Zoll breit, $3^1/_2$ Zoll lang, entfernt. Nach abwärts w dasselbe unter das Niveau des daneben liegenden Knochens geschoben u hier war eine erbsengrosse unregelmässige Osteophytmase, nach der Du zu gerichtet, die den Stiel des Osteophyten umschloss. Als das Knoche stück entfernt war, floss aus der Oeffnung in der Dura eine wasserkla Flüssigkeit, die aus einer Cyste von Wallnussgrösse strömte. — Die darunt liegenden Windungen abgeplattet. 16 Tage nach der Operation war Pa wieder auf und hatte keine Schmerzen. Die Cyste ist vermuthlich der Re eines subduralen Hämatoms. P. Koch.

---

364) **Josef Price** (New-York): The surgical treatment of epilepsy.
(The journal of nervous and mental disease. June 1892.)

Verf. glaubt, dass sexuelle Excesse zumal bei Frauen geeignet sin Epilepsie hervorzurufen. Clitoridectomie, Castration sollen in vielen Fälle die Epilepsie geheilt haben. Wo bei epileptischen Frauen eine Erkrankun der Beckenorgane vorliege, soll dieselbe, wenn sie medicinisch nicht zu b seitigen wäre, direct chirurgisch entfernt werden. In allen Fällen, wo ep leptische Anfälle im deutlichen Anschluss an Menstruation auftreten, i Castration vorzunehmen. Um die beträchtliche Ueberlegenheit der chiru gischen Behandlung der Epilepsie über die medicinische zu zeigen, werde aus der Litteratur zwei hochgradig absurde Listen von ca. 70 Fällen, di bis auf das Jahr 1835 zurückgehen, zusammengestellt. Bei der Discussio dieses Vortrages in der New-Yorker neurologischen Gesellschaft erhob sic einstimmiger Widerspruch gegen diese Ideen.

Strauscheid.

---

865) **Wharton Sinkler** (Philadelphia): Diseases and conditions to which the rest treatment is atapted.

(The journal of nervous and mental disease. May 1892.)

Verf. rühmt von Neuem die grossen Erfolge, welche die systematisch durchgeführte Weir Mitchell'sche Cur bei zahlreichen Nervenstörungen hat. Bei Hysterie und Neurasthenie sind diese Erfolge allseitig anerkannt; aber auch bei anderen Krankheiten kann die Ruhecur mit Anwendung von Massage oft Ausgezeichnetes leisten, so namentlich bei Tabes dorsalis, bei spastischer Paraplegie, bei Melancholie, bei Chorea, bei Alcoholismus und Morphinismus, bei Uterinstörungen, bei Morbus Brightii und bei Lithaemie.

Für leichte Fälle von Neurasthenie hat Weir Mitchell ein weniger anspruchsvolles Heilverfahren in letzter Zeit in grosser Ausdehnung und mit gutem Erfolge angewandt. Es besteht kurz in folgendem: Nach dem Erwachen trinkt Patient eine Tasse Cacao und bleibt dann noch 20 Minuten ruhig im Bette. Darauf steht er auf und wäscht sich mit kaltem Wasser ab; hierauf kräftige Abtrocknung mit rauhem Handtuche. Nachdem er sich gemächlich angezogen hat, legt er sich noch 20 Minuten nieder vor dem Frühstück. Nach dieser Mahlzeit muss er eine volle Stunde absoluter Ruhe pflegen. Die Massage soll gegen 10—11 Uhr Morgens statthaben und wieder von einstündiger Ruhe gefolgt sein. Darauf nimmt man ein Glas Milch oder eine Tasse kräftiger Suppe. Bis zum lunch kann dann Patient seinen Geschäften nachgehen; nach dieser Mahlzeit soll er abermals ausruhen. Nachmittags mag er spazieren gehen oder fahren oder sich beschäftigen. Soll Electricität angewandt werden, so geschieht es am besten vor der Abendmahlzeit. Vor jeder Mahlzeit wird mit Nutzen Malzextract genommen. Die Ruhe nach den Mahlzeiton ist von grosser Bedeutung; der Patient soll schliesslich früh zu Bette gehen. Stauscheid.

---

866) **G. Jlberg**: Ueber Kochsalzinfusionen bei collabirten Nahrung verweigernden Geisteskranken.

(Allg. Ztschr. f. Ps., Bd. 48, H. 5.)

Verf. behandelt die obige Frage auf Grundlage von wiederholter Erfahrung am Krankenbett und Versuchen an sich und Thieren in eingehender Weise. Von gleichen Erwägungen ausgehend wie Ref. (cfr. die kurze Mittheilung dieses Centralbl. 1891, März) hat I. bereits im Herbst 1890 in einem Fall bedrohlicher Abstinenz die Infusion von Na Cl-Lösung mit günstigstem Erfolge vorgenommen. Hier wie bei den weiteren Versuchen zeigte sich die interessante Thatsache, dass in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle nicht nur die augenblickliche Gefahr, der Collaps, sondern auch die Nahrungsverweigerung beseitigt wird: nach den Infusionen beginnt spontane Nahrungsaufnahme. Dies erklärt sich nach dem Selbstversuch des Verf. wohl zum Theil durch die Anregung der Speichelsecretion und zur Nahrungsaufnahme drängender Geschmacksempfindungen, bei verworrenen Pat. kommt auch durch die Besserung des allgemein. psych. Befindens Hunger und Durst wieder deutlicher zum Bewusstsein. Mit Recht empfiehlt I. desshalb die subcut. Infusionen von 0,75procentiger Na Cl-Lösung nicht nur bei gefährlichen Collapszuständen, sondern bei allen Fällen ernsterer Abstinenz zu versuchen. Mercklin.

III. Original-Vereins-Berichte.

Auszug aus dem Manuscript des für die Jahresversammlung de Vereins der deutschen Irrenärzte zu Nürnberg 1892 bestimmte Vortrages von Prof. Rieger:

Welche Schritte sind zu thun, um zu erreichen, dass der Sta eine genügende psychiatrische Ausbildung aller Aerzte a ordnet?

Bei „Staat" handelt es sich um das deutsche Reich. Die Prü ungen in den einzelnen Bundesstaaten für den „ärztlichen Staatsdienst erstrecken sich auf Psychiatrie und wären in dieser Hinsicht an und fü sich nicht zu beanstanden. Nur ist es klar, dass die für diesen Zwec erworbenen Kenntnisse gleichfalls fester wurzelten, wenn schon während d Studienzeit ein guter Grund gelegt worden wäre. Die vom Reich a hängige ärztliche Approbationsprüfung hatte in ihren ersten, bis zum 2 November 1883 geltenden Bestimmungen die Psychiatrie völlig ignorir Für Bayern hatte dies einen schweren Rückschritt bedeutet, da nach sein vortrefflichen Studien- und Examensordnung vom Jahre 1858 jeder Ar eine gründliche Prüfung in der Psychiatrie zu bestehen hatte. Leid konnte hiebei kein bayerisches Reservatrecht geltend gemacht werden. Da die Psychiatrie seinerzeit, trotz des guten bayerischen Exempels, als nic existirend betrachtet wurde, dies hatte viel weniger innere als ganz äusse liche Gründe. Während nämlich in Bayern jede der drei Landesuniversitäte schon lange ihre psychiatrische Klinik hatte, war sonst nur an wenige Universitäten in dieser Richtung Vorsorge getroffen. Die Bundesstaate welche damals keine psychiatrischen Institute an ihren Universitäten besasse konnten selbstverständlich nicht zugeben, dass die Psychiatrie eine Rolle i der ärztlichen Studien- und Prüfungsordnung spiele.

Dies hat sich nun aber inzwischen vollständig geändert. Nicht nu ist in denjenigen Staaten, in welchen die Irrenfürsorge Angelegenheit de Gesammtstaats ist, nunmehr ausnahmslos dafür gesorgt, dass sich in ihre Universitätsstädten psychiatrische Kliniken entweder schon befinden oder i Bälde befinden werden (Baden in Freiburg und Heidelberg, Württember in Tübingen, Hessen in Giessen, Königreich Sachsen in Leipzig, sächsisc Herzogthümer in Jena, Mecklenburg in Rostock), sondern, was noch wic tiger ist: auch in jedem der Staaten, in welchen die Irrenfürsorge blos Provinzial- (Kreis-, Bezirks-) Angelegenheit ist: Preussen, Bayern, Elsas Lothringen sind in neuester Zeit bedeutende Geldaufwendungen gemac worden aus Mitteln des Gesammtstaats lediglich im Interesse des psychi trischen Unterrichts, ganz abgesehen von den Aufgaben der öffentliche Wohlthätigkeit, welche in den genannten Ländern den Gesammtstaat durc aus nichts angeht: nämlich für die psychiatrischen Kliniken in Hall Strassburg und Würzburg. Der speciell in Halle von dem preussisch Staat lediglich für den psychiatrischen Unterricht gemacht Aufwand (rund 800,000 Mark für erste Einrichtung und rund 28,00 Mark pro Jahr für Betrieb) ist so grossartig, dass man gar nicht ande

kann, als darin von Seiten der preussischen Regierung eine weitgehende Anerkennung der Wichtigkeit des psychiatrischen Unterrichts zu erblicken. Denn einen so grossen Aufwand zu Gunsten eines blossen „Nebenfachs" für Liebhaber zu machen, wäre doch wohl gegenüber den Steuerzahlern kaum zu verantworten. — Der in Strassburg und Würzburg auf allgemeine Landeskosten im Unterrichtsbudget gemachte Aufwand konnte zwar in Folge günstiger localer Verhältnisse etwas geringer ausfallen, ist aber principiell immer noch sehr erheblich und beweist gleichfalls auf's deutlichste, dass auch die hier massgebenden Unterrichtsverwaltungen das Bedürfniss eines gründlichen psychiatrischen Unterrichts, auch wenn er erhebliche Geldopfer verlangt, voll und ganz anerkannt haben.

Dieser Thätigkeit der Einzelstaaten, die den Zustand des psychiatrischen Unterrichts innerhalb eines Jahrzehnts völlig umgestaltet hat, ist die Examensordnung des Reichs durchaus nicht mehr angemessen. Die Examensordnung vom Jahre 1883 hat der Psychiatrie zwar Erwähnung gethan, aber nur auf eine völlig werthlose, dem Kenner der Verhältnisse fast komisch erscheinende Weise in dem Satze: „Gelegentlich der Krankenbesuche in der Prüfung der inneren Medicin hat der Candidat noch an sonstigen Kranken seine Fähigkeit in der Erkenntniss und Beurtheilung der inneren Krankheiten; namentlich mit Einschluss der Kinderkrankheiten und der Geisteskrankheiten nachzuweisen." — In diesem Zustande befinden wir uns jetzt noch. Die Leiter der psychiatrischen Kliniken sämmtlicher Universitäten des Reichs haben zwar nicht versäumt, als im Jahre 1887 eine kleine Abänderung bezüglich der Prüfung in der Hygiene eingeführt wurde, bei dieser Gelegenheit bei Reichskanzler und Bundesrath vorstellig zu werden und die Einführung der Psychiatrie in das Examen zu verlangen. Aber ohne Erfolg. Inzwischen ist jedoch in vielen ärztlichen Vereinen und auf dem Aerztetag bei seinen Verhandlungen über die Reform der ärztlichen Studien- und Prüfungsordnung das Verlangen laut geworden, dass die Psychiatrie Examensfach werden solle. Und da einerseits die Vorbereitungen für die neue Examensordnung nunmehr so weit gediehen sind, dass nicht noch ein weiteres Jahr abgewartet werden darf, andrerseits der Verein der deutschen Irrenärzte sich bis jetzt noch nicht in dieser Frage geäussert hat, so scheint es jetzt vor allem nöthig, im Schoosse dieses Vereins eine Discussion und einen Beschluss darüber herbeizuführen:

Erstens: „Ob der Verein überhaupt der Ansicht ist, dass eine genügende psychiatrische Ausbildung aller Aerzte nothwendig sei?"

Unter „genügender psychiatrischer Ausbildung" wäre Folgendes zu verstehen: Die nöthigen Kenntnisse, um gegenüber von allen vorkommenden Fällen, soweit es im gegebenen Zeitpunkt möglich ist, zu entscheiden, ob es sich handelt um psychische Störung überhaupt? und bejahenden Falls, ob um einfache, paralytische, epileptische, hysterische oder um eine Intoxication? Ferner die Kenntniss der für Begutachtung und Behandlung in Betracht kommenden Verhältnisse in medicinischer, socialer und rechtlicher Beziehung.

Bejaht der Verein die erste Frage, so ergäbe sich die zweite: Kann dieses Ziel erreicht werden dadurch, dass, wie bisher, den Studirenden der

Medicin Gelegenheit zu dieser Ausbildung geboten wird, von welche sie ohne staatlichen Zwang Gebrauch machen sollen? — oder soll das Ver langen gestellt werden, dass die Reichsregierung diese Ausbildung als obli gatorische anordne? — Zu der Frage, ob es möglich sei, die gekennzeichnet genügende Ausbildung aller Aerzte ohne staatlichen Zwang zu erreichen, is Folgendes zu bemerken: Es wäre möglich in dem abstract denkbaren, that sächlich nicht zu verwirklichenden Zustand, dass es überhaupt keine staat liche Prüfung der Aerzte gäbe, indem der Staat von der Voraussetzun ausginge, jeder der ärztlichen Wissenschaft Beflissene werde aus eigenen Interesse sich alles Nöthige genügend aneignen, ebenso wie Jemand, de sich in einer beliebigen industriellen Wirksamkeit bethätigen will. I diesem Falle der völlig freien Concurrenz unter den verschiedenen ärztliche Disciplinen hätte die Psychiatrie so günstige Chancen wie jede andere, viel leicht sogar noch günstigere, da sie an unmittelbarem Interesse den andere eher überlegen ist. Unter den in Wirklichkeit bestehenden Verhältnisse kann aber dieses natürliche Interesse gar nicht zur Geltung kommen, d es völlig erstickt wird durch die Examenssorgen des Studirenden, die ih geradezu von der Psychiatrie wegdrängen. Wenn das grösste Interesse un der grösste Eifer für die Psychiatrie ihm für das Examen nur schade kann, weil dadurch Zeit und Aufmerksamkeit den dort allein verwerthbare Kenntnissen entzogen wird, so kann ihm nur der Rath ertheilt werde sich in der Examensrichtung zu concentriren.

Würde der Verein zu dem Beschluss kommen, dass eine genü gende psychiatrische Ausbildung als obligatorische Einrich tung zu erstreben sei, so bliebe alsdann noch die Eingangs ge stellte Frage: „Welche Schritte sind zu thun, um dies zu erreichen?"

Trotz des günstigen Umstands, dass alle Bundesstaaten, welche in neuere Zeit grosse Aufwendungen für psychiatrische Kliniken an ihren Universitäte gemacht haben, nunmehr, im Gegensatz zu früher, eher Grund haben, direc für obligatorische Psychiatrie zu stimmen, und trotz der starken innere Gründe, die dafür sprechen, bestehen doch noch Bedenken dagegen, di sich stützen auf die Schwierigkeit, im Rahmen des medicinischen Studium noch ein weiteres Fach unterzubringen.

In dieser Hinsicht werden nun allerdings gleichzeitig mit der Ein führung der Psychiatrie eingreifende Aenderungen und speciell eine ander Anordnung in Bezug auf Anatomie und Physiologie nöthig werden. Di Vereinsversammlung wird nicht geneigt sein, sich mit diesen Einzelheite zu befassen.

Es dürfte sich desshalb empfehlen, dass die Versammlung zur Verfolgun der Angelegenheit im Einzelnen ein Executivcomité ernennt, dem es überlasse bliebe, die Schritte zu thun, welche ihm nöthig erscheinen. Ein solche würde, gestützt auf ein Mandat des Vereins, die Sache nachdrücklich be treiben können.

Es ist sehr bedauerlich, dass bei dem Unterbleiben der Versammlun in Nürnberg auch die in Vorstehendem gegebene Anregung verloren gegange ist. Vielleicht gibt das vorliegende kurze Referat doch zu weiteren Dis cussionen Veranlassung. Sommer.

IV. Bibliographie.

367) **Le Fort:** La Topographie cranio-cerebrale. Applications chirurgicals. Paris 1892.

Die Bestimmung der Roland'schen Furche ist eine doppelte, je nachdem man zum Ausgangspunkt das Bregma oder den Arcus sagittalis nimmt. Nach der ersten Methode liegt der höchste Punkt der fraglichen Furche 49,5 mm (min. 40,0; max. 62 mm) vom Bregma ab, eine Entfernung, die mit der von Broca angegebenen (47 mm) ziemlich zusammenfällt. Diese Distanz wird grösser (51 mm) bei Dolichocephalen, kleiner (48 mm) bei Brachycephalen. — Da indessen das Auffinden des Bregma am Lebenden mit Schwierigkeiten verknüpft ist, so dürfte die andere Methode den Vorzug verdienen, der zufolge man einen aliquoten Theil des Arcus sagittalis auf diesen abträgt. Hare, Thane, Horsley, Dona u. A. messen den Arcus von der Glabella zum Inion, Poirier — was vielleicht exacter ist — vom Nasalpunkt zum Inion. Le Fort fand für dieses Verfahren, dass das obere Ende der Furche nicht in einer Entfernung von $^{557}/_{1000}$ des Bogens liegt, wie die englichen und amerikanischen Anatomen angeben, sondern im Mittel in einer von $^{532}/_{1000}$; der Dolichocephalie ($^{520}/_{1000}$) und Brachycephalie ($^{545}/_{1000}$) ist hierbei Rechnung zu tragen.

Das untere Ende der Furche ist gleichfalls hinter der Coronalnaht zu finden. Während Broca diese Entfernung auf 17 mm, Turner sogar auf 38 mm angeben, setzt der Verfasser nach seinen Beobachtungen sie auf 29 · 30 mm mit einer Differenz von 1—2 mm zwischen kurz- und langköpfigen Individuen fest. — Der Angulus rolando-sagittalis ist im Mittel auf 68° (min. 64°, max, 74°) zu veranschlagen. Die Länge oder Kürze des Schädels hat in diesem Falle keinen Einfluss. — Le Fort gibt noch eine zweite Methode zur exacten Bestimmung des unteren Endes dieser Furche an. Man ziehe die ligne orbito-lambdoïdienne, die der Lage der Fissura Sylvii entspricht und nehme sodann auf der Rolando-Linie (ligne rolandique, gezogen vom höchsten Punkt dieser Spalte zur Mitte des oberen Randes des Jochbogens) einen Punkt an, der 10—15 mm über dieser letzteren Linie liegt.

Die Fissura Sylvii entspricht, wie soeben erwähnt, des linea orbito-lambdoïdea, deren Ausgangspunkt diejenige Stelle bildet, an der man den kleinsten Stirndurchmesser zu nehmen pflegt (äussere Orbitalapophyse.). Der Anfang der Spalte liegt 27 mm hinter dieser Apophyse, ihr Ende auf der Verbindungslinie zwischen dem höchsten Punkte der Rolandsfurche und dem Asterion.

Die Fissura perpendiculasi externa (wohl F. parieto-occipitalis) trifft man ein wenig nach vorn gebogen (0;6 mm bei Dolichocephalen, 1,6 mm bei Brachycephalen) vom Lambda an. Zur Bestimmung dieses Punktes, den man nicht direct unter der Haut fühlen kann, genüge die Angabe, dass er sich bei Brachycephalen ungefähr 64 mm, bei Dolichocephalen ungefähr 72 mm vom Inion entfernt findet. — Wollte man die Lage der Spalte auf den Arcus sagittalis beziehen, so würde sie vom Inion an in einer Entfernung von $^{210}/_{1000}$ des Bogens (bei Kurzköpfen $^{200}/_{1000}$, bei Langköpfen $^{220}/_{1000}$) anzutreffen sein.

Mittelst des angegebenen Verfahrens ist es nunmehr leicht, die Lage der verschiedenen Windungen zu bestimmen.

Der Einfluss des Alters auf die Beziehungen zwischen Schädel und Gehirn ist hierbei nicht zu unterschätzen. Beim Kinde scheinen dieselben ein Uebergewicht des Hinterhirns über das psychomotoriche Vorderhirn anzuzeigen, aber in Wirklichkeit dürften die nicht wegzuleugnenden Differenzen die man in der cranio-cerebralen Topographie beobachtet, eher durch die Entwicklung der knöchernen Kapsel bedingt sein, vorausgesetzt, dass Schädel und Gehirn eine unabhängige und nicht parallel gehende Entwicklung durchmachen. — Im Alter dagegen scheinen die Beziehungen zwischen Furchen und Schädelnähten keinen Schwankungen zu unterliegen.

Buschan-Stettin.

---

368) **Rössbsch**: Lehrbuch der physikalischen Heilmethoden, 627 Seiten II. Auflage.

(Verlag von Hirschwald, Berlin 1892.)

Diese zweite Auflage eines Buches über physikalische Heilmethoden enthält als neuen Bestandtheil einen kritischen Excurs über die Suggestionstherapie. Obgleich dieser eigentlich nicht hineingehört, ist er doch ein bemerkenswerthes Zeichen dafür, dass in der practischen Medicin eine Ergänzung des Physikalischen durch das Psychologische im weitesten Sinne sich anbahnt. Dass jede physikalische Heilmethode zugleich als psychologisches Moment wirkt, ist klar, aber es wäre ganz verkehrt, wie es neuerdings öfter geschieht, alles Physikalische in's Psychologische verflüchtigen und die ganze practische Medicin in Suggestion umwandeln zu wollen. Besonders im medicinischen Unterricht kann die zu schroffe Betonung des suggestiven Elementes jeder Therapie nur schädlich wirken und desshalb ist jedem lernenden Mediciner als Gegengewicht gegen die rein psychologische Auffassung, welche vermuthlich die nächsten Jahrzehnte beherrschen wird, ein solches Lehrbuch der physikalischen Heilmethoden zu empfehlen.

Sommer (Würzburg).

Inhalt des September-Hefts.

I. Originalien.

II. Referate u. Kritiken.

A. Nervenheilkunde.

1. Anatomie und Physiologie.

2. Allgemeine Pathologie.

3. Specielle Pathologie.

a) Neurosen.

b) Gehirn.

c) Rückenmark.

Nr. 347) Wehlau, Syringomyelie.
Nr. 348) Dercum, Case of ataxia of irregular type following injury.

Periphere Nerven.

Nr. 349) Chvostek. Ischämische Lähmung in Folge von Embolie der arteria femoralis.
Nr. 350) Katzenstein, Medianstellung des Stimmbandes bei Recurrenslähmung.
Nr. 351) Mehring und Zuntz. Medianstellung des Stimmbandes bei Recurrenslähmung.
Nr. 352) Habermann. Erkrankung des Gehörorgans in Folge von Tabes.
Nr. 353) Evans, Clinical features of Bell's palsy as illustrated by three cases.

4. Therapie.

Nr. 354) Wallace Beasty. A case of myxoedema succesfull treated by massage and hypodermic injections of the thyreoid glands of a sheep.
Nr. 355) Bater, A case of nasal reflex.
Nr. 356) Townsend, Mechanische Behandlung der infantilen Spinalparalyse.
Nr. 357) Fletscher. Trepanation nach Schädelverletzung.

B. Psychiatrie.

1. Normal-Psychologie.

Nr. 358) Lehmann, Hauptgesetze des menschlichen Gefühlslebens.

2. Pathologie.

Nr. 359) Meynert, Naturexperimente am Gehirn.
Nr. 360) Tiling, Ueber die amnestische Geistesstörung.
Nr. 361) Roscioli, La paralisi progressiva nell' Italia meridionale.

3. Therapie.

Nr. 362) Söderbaum, Operation för epileptoida anfall.
Nr. 363) Studsgaard. Trepanation bei Epilepsie nach trauma capitis.
Nr. 364) Price, Surgical treatement of epilepsy.
Nr. 365) Sinkler, Diseases and conditions to which the rest treatement is adapted.
Nr. 366) Ilberg, Kochsalzinfusionen bei collabirten, Nahrung verweigernden Geisteskranken.

III. Original-Vereins-Berichte.

Welche Schritte sind zu thun, um zu erreichen, dass der Staat eine genügende psychiatrische Ausbildung aller Aerzte anordnet? Von Prof. Rieger.

IV. Bibliographie.

Nr. 367) Le Fort, La topographie cranio-cerebrale.
Nr. 368) Rossbach, Lehrbuch der physikalischen Heilmethoden.

Buchdruckerei von Kindt & Meinardus, Coblenz.

CENTRALBLATT

für

Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Internationale Monatsschrift

für die

gesammte Neurologie in Wissenschaft und Praxis mit besonderer Berücksichtigung der Degenerations-Anthropologie.

XV. Jahrgang. 1892 October. Neue Folge III. Band.

I. Originalien.

I.

Zwei Fälle von Dystrophia muscularis progressiva mit Entartungsreaction.

Dr. Herm. H. Hoppe aus Cincinnati.

(Aus der Poliklinik für Nervenkranke von Privatdoc. Dr. Oppenheim in Berlin.)

Das Fehlen der Entartungsreaction bei der Dystrophia muscularis progressiva wurde von Erb schon in seiner ersten Arbeit im Jahre 1883 als ein characteristisches Zeichen dieser Krankheit hervorgehoben. Auch in seiner letzten Abhandlung*), die vor einiger Zeit veröffentlicht wurde, vertritt er diesen Standpunkt; gibt zwar, nachdem er die publicirten Fälle, in denen bei der Dystrophia muscularis progressiva EaR gefunden wurde, nämlich diejenigen von Zimmerlin, Schultze, Landouzy und Dejerine, Eisenlohr, Van Roon und Schenk einer scharfen Kritik unterworfen hat, die Möglichkeit des Vorkommens derselben zu, behauptet aber mit Recht, dass dieselbe nur ausnahmsweise beobachtet wird und stellt den Satz auf: „Das Fehlen der EaR ist fast die ausnahmslose Regel bei der Dystrophie".

Jedenfalls kann man nicht sagen, dass man in dem Verhalten der electrischen Erregbarkeit ein absolut sicheres Kriterium für die Unterscheidung der verschiedenen Formen der progressiven Muskelatrophie hat; überhaupt ist es auf Grund von verschiedenen, wenn auch nicht zahlreichen, so doch gut beobachteten Fällen, in denen bei der Autopsie anatomische Veränderungen im Rückenmark gefunden worden sind, zweifelhaft geworden, ob wir die Fälle von progressiver Muskelatrophie dogmatisch in zwei grosse Gruppen theilen können, diejenigen spinalen Ursprunges und diejenigen ohne spinale Läsion. Erb hat in seiner epochemachenden Arbeit den heutigen Standpunkt dieser Frage so gründlich beleuchtet, dass ich es nicht

*) Zeitschrift für Nervenheilkunde, Bd. I.

für angebracht halte, den Gegenstand weiter zu erörtern. Der Hauptzwec dieser Mittheilung ist, die Casuistik derjenigen Fälle zu bereichern, di geeignet erscheinen, die Dystrophia den spinalen Affectionen einzureihe Die zweite Frage, die in dieser Mittheilung Erörterung finden wird, ist di wie oft eine Atrophie der kleinen Handmuskeln bei der Dystrophie vo kommt. Es handelt sich um zwei Fälle von Dystrophia muscularis pr gressiva, Typus „Facio-scapulo-humeralis“, in denen EaR in einzelne Muskeln nachgewiesen worden ist.

Ehe wir die Frage discutiren, in wie weit es erlaubt ist, aus de Vorhandensein der EaR auf die spinale Natur des Leidens zu schliesse wollen wir die Fälle selbst anführen.

Beide Fälle wurden schon vorher beschrieben und zwar von Westphal und es wird nicht uninteressant sein, festzustellen, welchen Fortschritt da Leiden in den letzten 6 Jahren gemacht hat.

Fall I.

Frau Schultz, 55 Jahre alt, gibt an, dass ihr Vater, eine Schwester, d sich jetzt in Dalldorf befindet (circuläres Irresein), ein Bruder in New-Yor ein Sohn eines Bruders in St. Petersburg und ihre eigene Tochter von de selben Krankheit befallen sind. — Das Leiden begann im 23. Lebensjahr also vor 32 Jahren, mit einer Schwäche im rechten Arm, welche alsbal auf den linken übergriff. Seit dieser Zeit hinkte und watschelte Patienti immer etwas, musste beim Gehen unterstützt werden und wenn sie hi gefallen war, konnte sie sich nur mit Mühe aufrichten. Irgend welch Eigenthümlichkeit des Gesichts ist der Pat. vor dieser Zeit nicht aufgefalle Nachher bemerkte sie, dass das Gesicht sich verändert hatte, dass sie d Lippen nicht ordentlich spitzen konnte und dass das Lachen etwas Eige thümliches an sich hatte. — In dem Verlauf der Jahre nahm die Schwäch in den Armen allmälig zu, die Hände magerten ab, nahmen eine eigenthün liche Stellung an und die Schwäche machte sich auch mit der Zeit in de Beinen bemerklich. In den letzten Jahren ist Pat. nicht im Stande g wesen, ihre Wohnung zu verlassen wegen des Treppensteigens, obwohl si sich noch leidlich im Zimmer umherbewegen kann.

Status praesens: Beiderseits erhebliche Schwäche der Mm. Orbiculare palpebrarum und Frontales. — Beim Lippenspitzen zieht sich nur der de Filtrum zugehörige Theil zusammen (in der linken Oberlippe, wodurch s nach links verzogen wird), ebenso contrahirt sich an der Unterlippe nu der mittlere Theil. — Zunge gut, ebenso die Kiefermusculatur. — De untere Theil des Schulterblatts (rechts) ist abnorm weit vom Thorax ab gehoben. Der Schultergürtel im Ganzen etwas abgemagert. Acromion steh tiefer als der innere obere Winkel. Pat. bringt die Arme nicht über di Horizontale, dabei heben sich die Schulterblätter flügelförmig vom Thora ab, Cucullaris noch ziemlich kräftig, wird wesentlich vom Levator angul scapulae unterstützt. Der Versuch, die Schulterblätter der Wirbelsäule z nähern, gelingt nicht vollständig, der rechte Arm ist unterhalb der Schulte gelenke etwas hypervoluminös. Die Arme werden etwas im Ellbogengelenk gebeugt, aber nur bei gleichzeitiger Beugung der Hand und Finger und Pro

*) Charité-Annalen, Band XI, 1886.

nation der Hand. Streckung im Ellbogengelenke schwach. Streckseite des Unterarms besonders stark abgemagert. Deutliche Atrophie des Daumenballens beiderseits. Interossei normal. Streckung im Handgelenk, ebenso der Grundphalangen aufgehoben. Endphalangen können fast vollständig gestreckt werden. Opposition des Daumens fehlt. Händedruck schwach. — Am Rücken lässt sich eine deutliche Abflachung der subscapulares und der rhomboidei feststellen. — Latissimi Dorsi atrophisch. Sonstige Rückenmuskeln normal. — An der Musculatur des Bauches nichts abnormes. — Glutaei beiderseits welk und weich. Die Extensoren des Oberschenkels beiderseits sehr schwach, während die Flexoren beiderseits noch kräftig sind. — Das Peroneusgebiet beiderseits atrophisch, besonders rechts, so dass der rechte Fuss in Equino-varus-Stellung steht.

Electrische Prüfung: Faradisch indirect: Erb'scher Punkt: 90 mm R. A. nur Abduction des Oberarms; auch bei Steigerung bis zu 80 mm R. A. kommt keine Contraction des Biceps, Brachialis internus und Supinator longus hinzu. — N. ulnaris: 90 R. A. Es contrahirt sich nur der Flex. carpi ulnaris; bei Steigerung der Stromstärke wird auch eine Contraction des Flex. dig. profund. und Adductor pollic. erzielt. Bei Reizung des N. ulnaris über dem Handgelenk wird keine deutliche Contraction der Interossei erzielt, weil die Beugewirkung überwiegt. — N. Medianus: 85 R. A., keine Fingerbewegung, keine Wirkung auf den Opponens pollic. Bei 80 R. A. Handbeugung, keine Wirkung auf den Daumenballen. Reizt man den Nerven über dem Handgelenk mit 60 R. A., so tritt weder Contraction des Opponens pollic., noch des Flex. brevis pollic. ein. — N. Radialis: 75 R. A., geringe Abduction und Extension des Daumens; bei stärkeren Strömen tritt Beugung ein, sonst nichts. — Faradisch direct: Bei directer faradischer Reizung der Muskeln ist die Erregbarkeit einfach herabgesetzt. Ueberall, wo noch Muskelgewebe vorhanden ist, ist die Reaction erhalten, nur im Opponens pollic. und im Flex. brevis pollic. ist selbst bei starken Strömen keine Contraction zu erzielen. — Interossei reagiren bei 80 mm R. A. aber schwach. Galvanisch: Erb'scher Punkt: 6 M. A. Nur Abduction des Oberarms, keine Mitwirkung der anderen Muskeln. N. ulnaris: 5 M. A., über Handgelenk 8 M. A., auch Contraction der Interossei. N. Medianus: 8 M. A. Ohne Wirkung auf die Daumenmuskeln. N. Medianus über dem Handgelenk, 18 M. A., keine Wirkung auf den Daumenballen. Direct galvanisch: Bei directer Reizung der Muskeln überall, Daumenballen ausgenommen, einfache Herabsetzung der electrischen Erregbarkeit. Im Opponens pollic. AnSZ $>$ KaSZ. Bei 14 M. A. eine exquisit träge Reaction.

Am linken Arm verhält sich die electrische Erregbarkeit ungefähr so wie rechts. Auch hier ist weder bei directer noch bei indirecter Reizung mit dem faradischen Strom eine Contraction im Daumenballen zu erzielen. Auch reagirt diese Musculatur nicht bei indirecter Reizung mit dem galvanischen Strom. Bei directer Reizung ist AnSZ $>$ KaSZ und die Zuckung ist ausgesprochen träge.

Fall II.

Bertha Schultz, alt 28 J., Tochter der vorigen Patientin. Pat. hat keine wesentlichen Beschwerden bis auf Schwäche und leichte Ermüdbarkeit

der oberen Extremitäten. Bei ihr wurden die Erscheinungen nur zufäll entdeckt. Statur: Sehr starke Pseudohypertrophie der Lippen, namentli der mittleren Theile. Lippenspitzen und Pfeifen unmöglich. Zähnefletsch und Lachen gelingt gut. Augenschluss rechts wenigstens mit einiger Kra links mit minimaler Kraft ausführbar. Oberkiefer zeigt einen etwas sta liervortretenden und in die Breite gehenden Processus alveolaris. Acromial Ende der Schulterblätter steht etwas tiefer wie der obere innere Wink Unterer Theil steht flügelförmig ab; Achselzucken gelingt ziemlich kräft links besser wie rechts. Der rechte Arm wird nicht über die Horizont gebracht, dabei hebt sich das Schulterblatt etwas vom Thorax ab. Lin ist die Serratuswirkung fast vollständig erhalten, aber die Action ist kra los. — Die Adduction der Schulterblätter ist keine vollständige, gelin aber leidlich. — Vom Latissimus dorsi ist beiderseits nur der äusse Theil erhalten. Die Pectorales wirken noch kräftig. Die oberen Extrem täten zeigen im Ganzen eine normale Beschaffenheit. Die Gegend beid Daumenballen ist abgeflacht, rechts mehr wie links. Die rechte Hohlha ist auch ein wenig flacher wie die linke. Beugung im rechten Ellboge gelenk gut, Streckung schwach. — Händedruck beiderseits etwas schwac — Extensor dig. communis wirkt ausserordentlich mangelhaft. Extens minimi digiti wirkt gut. — Spreizung und Adduction der Finger erhalte aber etwas verlangsamt. — Electrische Prüfung:

Die Untersuchung ergibt für beide Ströme eine einfache Herabsetzun der electrischen Erregbarkeit in allen betroffenen Gebieten, mit Ausnahm des Opponens pollicis und des Flex. brevis pollicis. In diesen Muskeln i bei der indirecten Reizung weder mit dem faradischen noch galvanische Strom eine Contraction zu erzielen. Bei directer faradischer Reizung be kommt man eine langsame Zuckung, reizt man galvanisch, so ist AnSZ = KaS und die Zuckung ist eine träge (Partielle EaR).

Wir haben hier also zwei Fälle von Dystrophia muscularis progressiv in denen in den kleinen Muskeln des Daumenballens EaR gefunde wurde, in dem einen eine complete, in dem anderen partielle.

In beiden Fällen kann der Einwand erhoben werden, dass es sich i den Händen vielleicht um eine Beschäftigungsatrophie handelt. Beide Pa tientinnen sind Stickerinnen und arbeiten sehr angestrengt in ihrem Fache oft 12 Stunden pro Tag und halten beständig die Nadel zwischen den Daumen und Zeigefinger fest. Dass diese Annahme jedoch nicht stichhaltig ist, geht schon daraus hervor, dass, wie ich später zeigen werde, die Atro phie der kleinen Handmuskeln in der Mehrzahl der Fälle vom Typus facio scapulo-humeralis der Dystrophie gefunden wird. Auch ist eine Beschäftig ungsatrophie der kleinen Handmuskeln bei Stickerinnen bisher nicht be schrieben worden. In beiden Fällen existirt die Atrophie schon seit Jahren, auch haben beide Pat. hin und wieder längere Zeit die Arbeit ausgesetzt, ohne dass die Atrophie sich besserte.

Und gerade in diesem Zusammenhang möchte ich erwähnen, dass die Atrophie der kleinen Handmuskeln bei der Dystrophie nicht so selten ist, wie im Allgemeinen angenommen wird. Erb hebt in seiner letzten Arbeit hervor, dass die Atrophie dieser Muskeln zwar vorkommt, aber nur in vor-

geschrittenen Fällen von langjähriger Dauer und dass sie daher von untergeordneter Bedeutung sei. — Dass sie nicht so selten vorkommt, werden die unten angegebenen Zahlen zeigen und dass das Vorkommen einer Atrophie in dieser Gegend zuweilen differentiell-diagnostische Schwierigkeit verursachen kann, besonders wenn sie, wie in den oben angegebenen Fällen, mit EaR einhergeht, liegt auf der Hand. — Was die Häufigkeit der Affection der kleinen Handmuskeln bei der Dystrophie betrifft, so muss man gestehen, dass bei den juvenilen und pseudo-hypertrophischen Formen der Dystrophie, das Vorkommen einer solchen Atrophie ein höchst seltenes Ereigniss ist, selbst in vorgeschrittenen Fällen. Denn in über 50 Fällen von juveniler, pseudo-hypertrophischer und hereditärer Atrophie, welche Erb in seiner Arbeit anführt, kommt eine Atrophie der kleinen Handmuskeln nur zwei Mal vor.

In den Fällen dagegen, die dem Typus „facio-scapulo-humeralis“ angehören, kommt eine Atrophie des Thenars und Hypothenars so oft vor, dass dieselbe beinahe als Regel betrachtet werden muss. Denn in 15 Fällen, die zu diesem Typus gehören, in denen die Atrophie der Gesichtsmusculatur das Primäre ist, finden wir eine Atrophie des Thenars und Hypothenars 12 Mal, also in $^4/_5$ der publicirten Fälle. Und zwar sind dies die Fälle von Landouzy und Dejerine[1]), obs. I II (Eugène), V (Leon); — drei Fälle von Westphal[2]); ein Fall von Guinon et Marie[3]), observ. V.; ein Fall von Spillman und Haushalter[4]), observ. II; ein Fall von Trosier et Guinon[5]), observ. II und ein unpublicirter Fall aus der Poliklinik von Dr. Oppenheim. Zu diesen kommen ein Fall von Bielschowsky[6]) und ein weiterer von Sperling[7]), in denen es zwar nicht angegeben ist, dass eine Atrophie dieser Muskeln vorhanden war, aber specielles Gewicht auf die Schwäche dieser Muskeln gelegt wird.

In mehr als der Hälfte von diesen Fällen muss zugegeben werden, dass die Muskelatrophie schon ziemlich weit vorgeschritten war, als die Fälle zur Untersuchung kamen, aber es wurde nicht angegeben, wann die Atrophie der kleinen Handmuskeln entstand. In dem zweiten der von mir geschilderten Fälle bestand die Atrophie der kleinen Handmuskeln schon im frühesten Stadium, während die anderen Muskeln der oberen Extremitäten keine Veränderung zeigten. Hieraus lässt es sich mindestens schliessen, dass die Atrophie dieser Muskeln frühzeitig eintreten kann. Auf der anderen Seite sind die Fälle von Landouzy und Dejerine[8]), observ. III, IV und VI, in denen nur eine Atrophie der Gesichtsmuskeln vorhanden war, dafür beweisend, dass die Atrophie der kleinen Handmuskeln nicht gleichzeitig mit der des Gesichtes auftritt.

---

1) Rev. de Med. 1885. „Sur la Myopathie atrophique“.
2) Charité-Annalen, B XI, 1886.
3) Contributions à l'étude de quelque-unes de formes clinique de la Myopathie progress. primitive. Rev. de Med. 1885, p. 815—818.
4) Rev. de Med. 1889.
5) Rev. de Med. 1889.
6) Neurolog. Centralblatt 1890, Nr. 1 und 2.
7) Neurolog. Centralblatt 1889, Nr. 3.
8) Rev. de Med. 1885.

In den meisten von den letztgenannten Fällen fand sich auch gleich zeitig eine Atrophie der Strecker der Handgelenke und der Finger.

Unter 15 Fällen von iuveniler Muskelatrophie und Pseudo-Hypertrophie in denen die Gesichtsmusculatur secundär ergriffen war, fand man ein Atrophie der kleinen Handmuskeln 5 Mal. — Wir sehen aber, dass di Atrophie der kleinen Handmuskeln in den Fällen von Dystrophia, die den Typus facio-scapulo-humeralis angehören, sehr oft vorkommt.

Ueber die Bedeutung, welche die EaR in diesen Fällen hat, läss sich nicht viel discutiren. Dass diese Fälle unzweifelhaft zu der Dystrophi muscularis progressiva gehören, ist klar, dass aber desswegen eine Affectio der grauen Vorderhörner im Rückenmark ausgeschlossen ist, ist keineswег sichergestellt, denn meines Erachtens ist es noch recht zweifelhaft, ob dies Affection ein primäres Muskelleiden ist. — Diejenigen Fälle in de Litteratur, in denen eine Atrophie der Ganglienzellen der Vorderhörner de Rückenmarks gefunden worden ist, berechtigen uns zu diesem Zweifel un möchte ich mich der Ansicht von Erb anschliessen, welche er ungefähr s formulirt: — Obwohl in der weit überwiegenden Zahl der Fälle von Dy strophie, die zur Section kamen, das Rückenmark einen negativen Befun darbot, lässt sich der Gedanke nicht zurückdrängen, dass die Ursache de Atrophie der Musculatur eine trophisch-neurotische Störung ist, bedingt durc eine Veränderung in den Ganglienzellen der Vorderhörner, eine Veränderun derart, dass sie sich unserer microscopischen Technik entzieht, dass jedoch nac längerem Bestand der Krankheit diese Veränderungen zur Atrophie de Zellen führen können.

Es ist interessant, den jetzigen Befund in diesen Fällen mit dem jenigen zu vergleichen, den Westphal*) vor 6 Jahren veröffentlichte. I dem Fall Nr. 1 ist die Atrophie der Muskeln der oberen Extremitäten un Schultern nicht vorgeschritten, auch meint die Pat., dass das Leiden hie nicht vorgeschritten sei. Dagegen an den unteren Extremitäten ist stat der einfachen Schwäche der Muskeln des Oberschenkels eine Atrophie der selben hinzugetreten. — In dem Fall Nr. 2 hat das Leiden in diese Jahren keinen Fortschritt gemacht. Der jetzige Befund stimmt in jede Beziehung mit demjenigen vor 6 Jahren überein. Wir sehen also, dass da Leiden nicht nur langsam vorschreitet, sondern in einzelnen Fällen einig Jahre lang stillstehen kann. —

II.

Ein Beitrag zur anatomischen Diagnose der progressiven Paralyse aus dem Rückenmarksbefund.

Von Dr. B. Schlesinger.

(Aus der psychiatrischen Klinik in Würzburg.)

Bestimmend für die Veröffentlichung des nachfolgenden Falles war nicht sowohl das casuistische Interesse, das ihm zukommt, (ein foudroyanter Verlauf bei Mangel aller Symptome von Seitendes Rückenmarks trotz schwerer

*) Charité-Annalen, B. XI, 1886.

Erkrankung desselben), — sondern hauptsächlich die Combination zweier principiell verschiedener Erkrankungsformen an ihm, die meines Erachtens einen nicht unwichtigen Beitrag zu der Lehre von der progressiven Paralyse bildet.

I. Die Krankengeschichte.

Sebastian Zimmermann von Schallfeld, 44 Jahre alt, verheiratheter Bauer, wurde am 12. Januar 1888 in die psychiatrische Klinik in Würzburg aufgenommen. — Die Anamnese — erhoben von einem Ortsnachbarn — ergab Folgendes: Der Grossvater und Vater des Patienten waren geisteskrank. Er selbst, früher körperlich und geistig normal, war Soldat, machte den Feldzug 1870/71 mit, soll seit der Zeit brustleidend sein. Er ist seit 1871 verheirathet und hat vier Kinder gehabt, von denen eines gleich nach der Geburt starb, eines 2 Jahre alt, die 2 andern sind gesund. Er ist kein Trinker, nur in den letzten Wochen, besonders zur Zeit der Gemeindewahl vor etwa 6 Wochen, hat er stark getrunken. — Seit 14 Tagen ist er auffallend zerstreut, doch will die Umgebung erst seit etwa 4 Tagen geistige Störungen an ihm bemerken: er behauptete, seine — unlängst verstorbene — Mutter müsse wieder her, es müsse anders hausgehalten werden; er lief in die Kirche zu aussergewöhnlicher Zeit, begab sich auf den Kirchhof und legte sich auf das Grab seiner Mutter, brach durch Zäune in fremde Gärten ein, kniete auf offener Strasse in den Schmutz hin, entblösste sich und benahm sich in schamloser Weise, zertrümmerte seine Bettstelle, verlangte im Beisein fremder Personen energisch von seiner Frau die Zulassung zum Beischlaf, warf allerlei Gegenstände zum Fenster hinaus u. s. f.

Status präsens: 12. Januar 1888. Am Körper (Augen und Oberarm) zeigen sich verschiedene Beulen. Patient ist sehr kräftig und robust, ohne Missbildungen, Organkrankheiten und Innervationsstörungen. Auf die Frage: „was sind das für Leute hier?“ erwidert er: „Spielleute“, das andere Mal: „Narren“. Er singt immer und gibt auch alle Antworten in singendem Tone, saccadirt. Sein Refrain lautet: Ha ha ha Katies.

14. I. 88. Die Aufregung des Patienten hat sich gesteigert, er spricht in einem fort allerhand wirres Zeug, gesticulirt mit den Armen, liegt fast immer auf dem Boden umher, nimmt alle möglichen sonderbaren Stellungen ein, zerreisst seine Kleider.

20. I. 88. Seit ungefähr 5 Tagen hat der Kranke keine Nahrung aufgenommen; es ist nicht einmal gelungen, ihm Flüssigkeiten beizubringen. Er ist in der kurzen Zeit zusehends abgemagert, sein Aussehen ist ein verfallenes, Lippen, Zunge und Zahnfleisch sind von förmlichen Krusten vertrockneter Epithelien bedeckt, starker Foetor ex ore, kleiner Puls. Es wird daher heute zur künstlichen Ernährung durch die Schlundsonde geschritten.

Patellarreflexe und Pupillenreaction bei mehrfachen Untersuchungen normal.

22. I. 88. Trotzdem Patient täglich zwei Mal mit der Schlundsonde gefüttert wird, ist doch der Kräfteverfall ein grosser; die nach Beginn der künstlichen Ernährung deutlich erkennbare Besserung ist wieder gewichen. Die eingeflösste Milch und Fleischbrühe mit Eiern behält er bei sich; kein Erbrechen. Körpertemperatur normal.

23. I. 88. Er macht heute den Eindruck eines Sterbenden, hat beschleunigte Athmung, aber normale Temperatur; die Lungenuntersuchung ist von negativem Erfolg.

Der Tod trat Abends ein, ohne Fieber oder Lungenerscheinungen, unter dem Bilde allmähliger Asphyxie.

23. I. 88. Heute erscheint der Bruder und gibt an, am 6. dieses Monats habe Patient Abends im Wirthshause bei Streitigkeiten einen Schlag mit einem Bierglas auf den Kopf bekommen. Das haben die Angehörigen erst später, nachdem sie ihn in's Spital gebracht hatten, erfahren.

II. Die klinische Diagnose.

Am 18. Januar 1888 wird Pat. in der psychiatrischen Klinik vorgestellt und dabei Folgendes besprochen: „Da es sich um einen Mann in den mittleren Jahren handelt, so ist vor allem die Frage zu erwägen, ob nicht progressive Paralyse vorliege. Hiefür fehlen aber alle positiven Anhaltspunkte (keine für diese Krankheit characteristischen Innervationsstörungen, keines von den bei dieser Krankheit gewöhnlichen Delirien). Die starke erbliche Belastung hätte auch weniger mit der Paralyse zu thun, und in dem einfachen ländlichen, von Excessen, Vergiftungen, Infectionen freien Vorleben des Patienten fehlt auch alles, was die Entwicklung einer progressiven Paralyse wahrscheinlich machen könnte. — Er ist kein Trinker, sondern hat erst in letzter Zeit, schon unter dem Einfluss seiner beginnenden Geistesstörung, stark getrunken, was also nicht als Krankheitsursache, sondern als Symptom zu betrachten ist. Ganz auszuschliessen ist jedoch, trotz aller dieser negativen Umstände, die Möglichkeit der progressiven Paralyse nicht. — Viel wahrscheinlicher jedoch ist die Annahme einer blos functionellen Erkrankung, die dann als unmittelbare Aeusserung der Disposition des erblich belasteten Patienten zu Geistesstörungen aufzufassen ist. Der bei dem Kranken sich zeigende Symptomcomplex kann dann als ein Anfall von Tobsucht mit Verwirrtheit angesehen werden.“ — Auch der so rasch, 5 Tage später, erfolgte Tod des Zimmermann brachte für die Diagnose keine Entscheidung. Er konnte ebenso wohl das Ende einer schweren functionellen Psychose vorstellen, herbeigeführt durch ungenügende Nahrungsaufnahme und Erschöpfung, wie er Deutung als peracuter Verlauf einer Paralyse, „Paralysie générale galopante“ zuliess. Für Diejenigen, welche den Begriff des Delirium acutum beibehalten wissen wollen, wäre auch diese Bezeichnung oder die des Délire aigu paralytique (Foville) in Betracht gekommen. — Nicht einmal die am 25. Januar 1888 vorgenommene Section wirkte aufklärend in dieser Richtung. Es ist verzeichnet:

„Keine Verletzung nachweisbar — mit Rücksicht auf die Kopfverletzung der Anamnese – ausgesprochenes Oedem der Pia mater, deutliche Leptomeningitis diffusa chronica. Gehirn und Rückenmark behufs späterer Untersuchung in Müller'scher Flüssigkeit conservirt.“ Erst die viel später ausgeführte histologische Untersuchung brachte, wiewohl durch äusserliche Umstände das ganze Gehirn und ein grosser Theil des Rückenmarks verloren gegangen waren, die volle Entscheidung zu Gunsten der Paralyse.

III. Der Rückenmarksbefund.

Meine Untersuchung musste sich auf den noch übrig gebliebenen Theil des Rückenmarks, das Halsmark, beschränken. Es wurden mir übergeben

202 Querschnitte (auf 60 Objectträgern). Sie haben alle eine Dicke von 40 Mikren und sind nach der bekannten Weigert'schen Methode gefärbt, meist technisch wohl gelungen.

Die mit I bezeichneten sind beinahe kreisrund von 9,0 mm Durchmesser, 46 an Zahl, und gehören dem hart über der Halsanschwellung gelegenen Theil des Marks an, etwa der Gegend des Ursprungsgebiets des 4. Cervikalnerven, die übrigen Querschnitte, mit II, III und IV signirt, der eigentlichen Intumescentia cervicalis, dem des 5. bis 7. Cervicalnerven. Letztere haben einen Querdurchmesser von 11,5 mm und einen Sagittaldurchmesser von 9,5 mm. Diese Maasse liegen innerhalb der normalen Grenze, wenn sie sich auch der unteren annähern.[1]) Im voraus sei bemerkt, dass alle Abweichungen vom normalen Verhalten sich auf den weissen Markmantel beschränken, während die graue Substanz und die Nervenwurzeln auch bei sorgfältiger Vergleichung keine wesentlichen Abnormitäten zeigen.

Als pathologisch verändert geben sich am Querschnitt zu erkennen: 1. die Pyramidenseitenstränge und zwar der rechte in viel höherem Grade als der linke. Schon mit unbewaffnetem Auge, noch deutlicher bei fünffacher Loupenvergrösserung, unterscheidet sich ersterer von der normalen „seitlichen Grenzschicht“ durch eine viel hellere Färbung, durch Beimischung eines gelbbraunen Farbentons zu dem lichtblauen. Ausserdem ist er von vielen ungefärbten durchsichtigen Punkten und Strichen durchzogen. Bei 90facher Vergrösserung (Zeiss Objectiv AA, Ocular 4) zeigt sich, dass die genannten Farbenveränderungen davon herrühren, dass an sehr vielen Stellen die Nervenfasern gänzlich fehlen und an ihre Stelle keinerlei anderes Gewebe getreten ist. Im Centrum dieser Lücken sieht man quer oder schief getroffene Capillaren mit ihren Kernen. Eine Vermehrung derselben ist ebenso wenig nachweisbar als eine solche der Neuroglia; die gelbbraune Farbe der Stützsubstanz tritt nur desshalb deutlicher hervor, weil die blaue der Nervensubstanz in grossem Umfang weggefallen ist. Einzelne eingesprengte kleinere und grössere Herde von anderer Beschaffenheit werden später (4) ihre Würdigung finden. — Auch durch starke Vergrösserungen (Zeiss Objectiv DD., Ocular 2 und 4) wird das Bild im Wesentlichen nicht abgeändert. Man kann Nervenfasern in verschiedenen Stadien des Zerfalls sehen, in der Hauptsache aber besteht der Process in einem Fehlen zahlreicher Nervenfasern ohne jeden Ersatz.

Ganz das Gleiche kann an dem linken Pyramidenseitenstrang beobachtet werden mit der einzigen Ausnahme, dass hier die Zahl der ausgefallenen Nervenfasern eine viel kleinere ist, die Verfärbung mithin eine viel weniger intensive ist.

2. Der gleiche Process, etwas stärker als bei diesem, aber ohne die Intensität wie beim linken Hinterseitenstrang zu erreichen, hat Platz gegriffen beim linken Pyramidenvorderstrang, aber nur deutlich erkennbar an seiner dorsalen (centralwärts gelegenen) Hälfte, weil die periphere durch die unten zu schildernde „Randdegeneration“ betroffen ist. Der rechte Pyramidenvorderstrang zeigt nur die letztere und in seiner centralen Hälfte keinerlei Abnormität.

---

[1]) Obersteiner, Anleitung beim Studium des Baues der nervösen Centralorgane. 2. Auflage 1892 (Seite 49). Der Terminologie dieses Autors habe ich mich in der Hauptsache angeschlossen.

3. Die „Randdegeneration." — Bei durchfallendem Licht erscheint schon dem unbewaffneten Auge, deutlicher bei fünffacher Loupenvergrösserung, die ganze Umrandung des Querschnitts als ein ununterbrochener, gelber, durchscheinender Ring, der an Breite bedeutend zunimmt da, wo die oberflächlichen und tiefen Furchen in die Substanz des Marks eindringen. Zu den zwei grossen Fissuren verhält er sich verschieden; an der Fissura longitudinalis posterior bleibt er geschlossen und dringt nicht in ihr Septum ein, während er im Bereiche der Fissura longitudinalis anterior auf beiden Seiten in die medialen Ränder der Pyramidenvorderstränge eintritt, aber nur bis zur Mitte, so dass die centralwärts gelegene Hälfte dieser Stränge verschont bleibt. Dass der linke auch noch von der anders gearteten Pyramidenbahndegeneration befallen ist, hat oben Erwähnung gefunden. Bei 50- und 90-facher Vergrösserung ergibt sich als Ursache der Gelbfärbung des Ringes das vollkommene Fehlen aller Nervenfasern in seinem Bereiche. Von den vielen dicht bei einander stehenden blauen Kreisen, als welche sich letztere bei der Weigert'schen Färbung darstellen, sind nur wenige einzelne bei den Präparaten I stehen geblieben, bei den übrigen gar keine. Aber auch ihre Stelle ist nicht mehr erkennbar, sondern der ganze Randring besteht aus einem braungelben oder auch gelbgrauen, dichten Netzwerk, sehr ähnlich dem Baue des reticulären Bindegewebes, mit sehr zahlreichen, hell- oder dunkelbraunen, an manchen Präparaten tiefschwarzen Punkten im Innern der einzelnen Maschen. Dazu noch zahlreiche Capillaren. Was die Breite des so beschaffenen Randes betrifft, so ist sie an den mit I bezeichneten Präparaten sehr wechselnd. An einigen derselben sind vereinzelte Stellen vorhanden, wo das Nervengewebe bis hart an den „peripheren grauen Rindensaum" reicht, an andern wenigen beträgt sie bis 1,5 mm, durchschnittlich aber 0,3 bis 0,5 mm, während die des letzteren — nach Obersteiner — zwschen 5 und 40 Mikren schwankt und nur ausnahmsweise auf 100 μ ansichwillt. An den Präparaten II, III und IV ist der Ring fast gleichmässig breit, im ganzen Umkreis 0,4 bis 0,6 mm, mit Ausnahme der einspringenden Winkel da, wo die Furchen in das Rückenmarksgewebe centralwärts eindringen. Hier findet sich auch an ihnen eine Breite von 1,0 bis 1,5 mm. Es zeigt sich ferner, dass der gelbe Ring nicht, wie es bei Loupenvergrösserung den Anschein hatte, sich scharf gegen das centralwärts gelegene Nervengewebe absetzt, sondern dass allenthalben Uebergänge zwischen beiden stattfinden, wo grössere oder kleinere, intacte oder am Rande schon veränderte Inseln von Nervenfaserconglomeraten umgeben sind von dem dichten, kernreichen oben beschriebenen Netzwerk. Bei Vergrösserungen von 240 und 420 (Zeiss Objectiv DD, Occular 2 und 4) hebt sich der „periphere graue Rindensaum" durch seine dunklere Färbung, sein dichteres filzähnliches Gefüge deutlich von dem mehr maschigen Gewebe der degenerirten Randzone ab. In dieser ist die Zahl der grossen Spinnenzellen eine sehr wechselnde, in manchem Gesichtsfeld finden sich 3 oder 4, in andern eine oder keine. Körnchenzellen habe ich nirgends auffinden können und lasse unentschieden, ob überhaupt keine vorhanden waren oder ob sie erst durch die Präparation und Färbung zu Grunde gegangen sind.[2]

---

[2]) Westphal, Archiv f. path. Anatomie und Physiologie von R. Virchow, 39 Band (1867), Seite 600.

Das Gewebe der Randzone selbst bietet in der Hauptsache drei verschiedene Bilder. Im ersten fallen zunächst auf sehr viele und erweiterte, von der Peripherie radiär einstrahlende Gefässe, welche selbst und ihre Umgebung stark angefüllt sind mit zahlreichen weissen Blutkörperchen. Das Stützgewebe ist ziemlich weitmaschig, gleicht der normalen Neuroglia, ist aber viel dichter gefügt und namentlich in der Nähe der Blutgefässchen reichlich durchsetzt von jenen Kernen, die theilweise hellgelb, manche dunkelbraun, viele tiefschwarz tingirt sind, eine Verschiedenheit der Färbung, die sie mit den in den Gefässen eingeschlossenen Leukocythen gemein haben. Das zweite Bild zeigt sich ganz ähnlich dem reticulären Bindegewebe der Lymphdrüsen, die Zahl der Kerne hat bedeutend abgenommen, die dunkel gefärbten sind fast verschwunden. Im dritten Bilde haben die Maschen grossentheils aufgehört und längs verlaufende derbe Stränge geben dem Ganzen das Aussehen des gewöhnlichen fibrillären Bindegewebes, um so mehr, als auch die Zahl der Kerne sich noch weiter vermindert hat und freie Wanderzellen anscheinend fehlen. Ob das drei Stadien der Umwandlung der Neuroglia im Narbengewebe vorstellt, vermag ich nicht zu entscheiden.

4. Es ist oben schon erwähnt worden, dass sich an vielen Stellen des Querschnitts, sowohl sonst normalen, als auch andersartig veränderten — den Pyramidenseitensträngen — grössere und kleinere Inseln eingesprengt finden, in deren Centrum alle Nervenfasern fehlen und durch kernreiche Neuroglia ersetzt sind. Die Peripherie gleicht den oben geschilderten Uebergängen der Randzone in das benachbarte Gewebe. Der grösste dieser Herde befindet sich im ventralen Drittel des linken Goll'schen Stranges nahe der Fissura longitudinalis posterior und ist in allen mit I bezeichneten Präparaten zu finden und in einem Theil der mit II. Auf dem Querschnitt hat er eine unregelmässig vieleckige Gestalt mit einem Durchmesser von etwa 1 mm.

5. An fast allen Präparaten hängen sowohl am ventralen, als dorsalen Rand Reste der inneren Lamelle der Pia mit vielen kleinen Gefässen und Capillaren. Sowohl letztere als auch das Piagewebe sind durchsetzt von zahlreichen Leukocythen. An 12 Präparaten finden sich in eine der oberflächlichen Furchen des hintern Theils der Seitenstränge eingefügt beiderseits halbhirsekorngrosse, graugelbe, undurchsichtige, fast homogene Plättchen, an denen bei stärkeren Vergrösserungen den Bindegewebskörperchen ähnliche undeutliche Zeichnungen wahrnehmbar sind. Es sind dies wohl fibröse Verdickungen der Pia von entzündlicher Natur.

Der ganze Rückenmarksbefund lässt sich dahin zusammenfassen, dass zwei Processe verschiedener Art den Querschnitt befallen haben, in den Pyramidenbahnen ein solcher von degenerativ atrophischer Natur, in der Randzone von entzündlich diffuser. Dazu noch Leptomeningitis chronica.

IV. Die endgiltige Diagnose.

Wenn zu dem klinischen Krankheitsbilde „Tobsucht mit Verwirrtheit“ der Sectionsbefund einer Degeneration der Pyramidenbahn im Rückenmark hinzukommt, so kann daraus allein die Diagnose progressive Paralyse mit aller Sicherheit gestellt werden. Unser Fall gehört dann — die Randdegeneration mag vorläufig unberücksichtigt bleiben — nach dem von Mendel

aufgestellten Schema[3]) zu dessen zweiter Categorie: Pyramidenseitenstrang-Degeneration isolirt, oder nach der Eintheilung von Tuczek unter dessen zweite: Myelitiker mit Affection der Hinterseitenstränge[4]) (sein Fall VII zeigt auch eine Degeneration des Pyramidenvorderstrangs einerseits.) Dass ein verstärktes Kniephänomen nicht vorhanden war, erklärt sich leicht aus der noch nicht weit genug gediehenen Entartung.[5]) Auch das Vorhandensein einer chronischen Meningitis gehört in den gewöhnlichen Rahmen der Paralyse.[6])

Ungewöhnlich ist der selbst für eine „Paralysie foudroyante" rasche Verlauf in nicht ganz vier Wochen, ein Seitenstück zu dem von Zacher[7]) beschriebenen.

V. Die Randdegeneration und ihr Verhältniss zu den „combinirten" System-Erkrankungen.

Die in unserem Fall gefundene Randdegeneration zeichnet sich vor allen bisher bei Paralyse und Tabes beschriebenen dadurch aus, dass sie erstens die ganze Peripherie des Querschnitts umgreift und zweitens in keinerlei topographische Beziehung zu der vorhandenen unzweifelhaften Systemerkrankung gebracht werden kann.

Als selbstständiges, alleinstehendes Rückenmarksleiden scheint sie in geringerer Ausdehnung, gewöhnlich zusammen mit Meningitis spinalis, aber auch ohne diese, nicht allzu selten vorzukommen.[8]) Leyden citirt einen Fall von Vulpian[9]), in dem die Autopsie ergab: Sclerose der Rindenschicht der weissen Substanz des Rückenmarks in der ganzen Peripherie und der ganzen Länge. Ausserdem Meningitis senilis, besonders an der Hinterfläche.

Ribail[10]) beschreibt 2 Fälle mit meningitischen Processen und bemerkt ausdrücklich, dass in beiden das Gehirn intact war.

Die Synonyma sind: periphere Sclerose, Randdegeneration, Myelomeningitis chronica, Perimyelitis chronica, Sclerosis annularis, Myelitis peripherica, Sclérose corticale.

Eine grosse Rolle spielt die „Randdegeneration" bei den Erörterungen über „combinirte Systemerkrankungen".

Schon von Leyden ist ein Fall abgebildet worden[11]) mit symmetrischer primärer Lateralsclerose.

Den langen Streit, ob die Randdegeneration eine systematische Erkrankung ist oder nicht, übergehe ich um so mehr, als Adam-

---

[3]) Die patholog. Anatomie der Dementia paralyt. Referat im Neurolog. Centralblatt 1890, S. 519.

[4]) Tuczek, Beiträge zur patholog. Anatomie der Dement. paralytica. 1884, Seite 147.

[5]) Westphal, Archiv für pathol. Anatomie von R. Virchow, 39. Band, S. 600 und 40. Band, S. 266. Archiv für Psychiatrie XV, S. 250.

[6]) Westphal, ebendaselbst XV, S. 281.

[7]) Zacher, Neurolog. Centralblatt 1891, S. 68 u. folg.

[8]) Eichhorst, Spec. Pathol. und Therap. III, S. 184 und 185.

[9]) Leyden, Klinik der Rückenmarkskrankheiten II, 2, S. 433.

[10]) Neurolog. Centralblatt 1885, S. 179.

[11]) l. c., S. 441, Tafel II a, Figur 6 b.

kiewicz[12 u. 13]) eine ausführliche Zusammenstellung der verschiedenen Anschauungen nebst einem Litteraturverzeichniss geliefert hat und führe Westphal's[14]) Alternative wörtlich an: „Es wäre denkbar, dass gewise Klassen von Fasern, obwohl sie in gesonderten „Systemen“ nach verschiedenen Endpunkten verlaufen, dennoch eine gewisse Beziehung zu gemeinschaftlichen in der grauen Substanz gelegenen Apparaten hätten, so dass etwa durch Theilnahme der letzteren an der Erkrankung zu ihnen in Beziehung stehende Fasern erkrankten, welche übrigens in der Marksubstanz selbst in sehr verschieden gelegenen Bahnen verlaufen.“ „Allerdings kann sich diese Vorstellung nicht auf pathologische Befunde in der grauen Substanz stützen.“ „Will man eine solche Annahme nicht machen, so bliebe vorläufig kaum etwas anderes übrig, als an eigenthümliche — gleichfalls nicht nachweisbare — Verhältnisse der Bindesubstanz oder der Vertheilung der Blut- und Lymphbahnen zu denken.“

Die erstgenannten Möglichkeiten hat Adamkiewicz weiter verfolgt und auch die Randzone als eine besondere „Nervengruppirung“ it Hilfe der Safraninfärbung aufgestellt. Ohne weiter auf seine Beweisführung einzugehen, will ich nur bemerken, dass mir die Zahl seiner Versuche nicht genügt, namentlich gegenüber der launenhaftesten aller Untersuchungsmethoden — der Färbung. So lange er die Gründe nicht anzugeben vermag, warum gewöhnlich die centralen Gruppen, mitunter aber die Randzone durch das Safranin dargestellt werden, vermag ich seine Schlussfolgerungen nicht anzuerkennen und betrachte vorläufig die Randzone nicht als ein besonderes System.

Unser Fall scheint mir keine andere Deutung zuzulassen, als dass die Randdegeneration eine entzündliche ist, eine Myelomeningitis chronica diffusa. Dass dabei die von Adamkiewicz gefundenen Ernährungsbezirke der Vasocorona nicht eingehalten werden, scheint mir unerheblich. „De Ausbreitung der Herde hat auch nicht den geringsten Bezug zur Verlaufsweise der intraspinalen Gefässe“, sagt Obersteiner[15]). — Auf unserem Rückenmarksquerschnitt finden sich also zwei principiell verschiedene Processe, ein asystematischer, diffuser, der die ganze Umrandung zerstört und auch schon auf die Nachbarschaft übergegriffen hat, von dem aus Degenerationsinseln schon in die Mitte sonst normaler Stränge vorgedrungen sind; der andere ein systematischer, streng an die präformirten Bahnen der Pyramidenstränge gebundener, histologisch als degenerativ-atrophischer Natur zu bezeichnen. Beide sind topographisch von einander unabhängig, keiner durch Propagation vom andern her entstanden.

Auch dem Gehirn gegenüber muss die Entartung der Pyramidenbahn als eine primäre betrachtet werden. Eine Continuität der Rückenmarks- mit der Gehirnerkrankung[16]) hat sich bis jetzt in keinem Falle nachweisen lassen. „Eine primäre Erkrankung der Pyramidenbahnen in ihrer ganzen

12) Die degenerativen Krankheiten des Rückenmarks und

13) Ueber combinirte Degenerationen des Rückenmarks, Wiener Med. Presse 1888, Nr. 29 und folgende.

14) Westphal, Arch. f. Psychiatr. IX (1879), S. 622.

15) l. c. S. 266.

16) Tuczek l. c. S. 149.

Continuität bis an die motorische Randzone kennen wir nicht[17]). (Anat misch hat also überhaupt die „ascendirende Form“ der Paralyse keine B rechtigung, klinisch besagt sie nichts weiter, als dass manchmal die Rücke markssymptome den Gehirnerscheinungen vorangehen. Dazu war es gewi nicht nöthig, eine eigene „Form“ aufzustellen.)

VI. Unser Fall in Beziehung auf die Auffassung vom Wesen der Paralyse.

Wenn ich nun die beiden Processe im Rückenmark als topographis von einander unabhängig erklärt habe, so liegt die Frage nahe, ob sie au ätiologisch von einander zu trennen sind. Mit andern Worten, ob hier e mit chronischer Gehirn-Rückenmarksaffection Behafteter noch dazu zufäll eine Paralyse erworben habe, wie er auch einen Typhus abdominalis si hätte zuziehen können. Eine zweite Möglichkeit ist die, dass die chronisc Affection der Oberfläche des Centralnervensystems nur eine erhöhte Pr disposition für die Aufnahme des paralyseerzeugenden Virus geschaffen hab Für das Wahrscheinlichste halte ich die dritte Möglichkeit: dass Alles, w Krankhaftes bei unserem Patienten nachgewiesen ist, nur Coeffect eine und derselben Noxe ist. Langsam und stetig fortglimmend hat sie sich d Material vorbereitet, bis sie dann, plötzlich aufflammend, das ganze Centra nervensystem mit der unwiderstehlichen Kraft einer Elementargewalt ve nichtete.

Einerseits reiht sich nun unser Fall der grossen Zahl derer an, di beweisen, dass es ein einheitliches klinisches Bild der Paralyse nicht gib Andererseits darf er den wenigen beigezählt werden, die — wie z. B. d Fälle von Schultze[18]): multiple Sclerose bei Paralysis progressiva — da thun, dass sie auch eine anatomische Einheit nicht ist, dass sie sich a eine Gliederung in mehrere anatomische Formen herausstellen wird[19]).

Wenn also überhaupt die Einheit der Paralyse festgehalten werd soll, so kann sie nur auf ätiologischem Gebiete gefunden werden, wie de die Anschauung Vieles für sich hat, dass ihr Wesen nicht morphologisc sondern chemisch begründet ist und nicht in der Form der Materie sonder in der chemischen Constitution gesucht werden muss.[20])

II. Referate und Kritiken.

---

369) **Barbara Kossowitsch:** Untersuchungen über den Bau des Rücken marks und der medulla oblongata eines Mikrocephalen. (Aus dem patholo gischen Institut in Bern.)

(Virch. Arch., Bd. 128, Heft 3.)

Das Untersuchungsmaterial stammt von einem 14 Tage alten mikr cephalischen Mädchen, das als 13. Kind gesunder Eltern zur Welt ka

---

17) Siehe auch Mendel: Die progress. Paralyse der Irren 1880, S. 23.
18) Archiv für Psychiatrie XI (1881), S. 216.
19) J. Fischl, Zeitschrift für Heilkunde 1888, IX.
20) Prof. Rieger in seinem klinischen Vortrag über Paralyse.

Seine 12 Geschwister sind gesund. Geschwister von Vater und Mutter sind schwer nervenkrank (Epilepsie, Idiotie). Gehirn und Medulla oblongata wogen zusammen nur 21,9 Gramm; corpus callosum scheint ganz zu fehlen; Wurm und Pons sind hochgradig verkümmert. Das Gehirn, dessen genaue Beschreibung der macroscopischen Verhältnisse an der Hand mehrerer instructiver Zeichnungen gegeben wird, gehört zu den verkümmertsten, die bisher bekannt geworden sind. Das in Müller'scher Flüssigkeit gehärtete Rückenmark ward nach verschiedenen Methoden in Schnitten gefärbt. Die Weigert'sche Methode gelang erst nach Kupferbeize während 24 Stunden im Brutofen, nachdem die Schnitte 5—10 Minuten lang in $^1/_2{}^0/_0$ Chromsäure gelegen hatten. Die Carminfärbung ward erst vollkommen nach 24stündiger Behandlung der Schnitte in Chlorzinklösung (55^0 Be). Zum Vergleich wurde das Rückenmark eines Neugeborenen herangezogen. Die Ergebnisse der Untersuchung fasst Verf. in folgenden Sätzen zusammen:

Der Querschnitt des Rückenmarks ist im Ganzen dem normalen gleich, im Halstheil nur um ein Geringes, im Brusttheil etwas erheblicher verkleinert, im Lendentheil dagegen sogar etwas vergrössert. Die graue Substanz der Vorderhörner ist erheblich verbreitert, im Hals- und Lendentheil fast um die Hälfte; es ist dies auf Rechnung eines porösen Baus (Oedem) zu setzen. Von der weissen Substanz haben Vorder- und Hinterstränge annähernd normales Volumen, die Seitenstränge sind dagegen überall fast um die Hälfte verschmälert. In der weissen Substanz des Rückenmarks ist auf einem gleich grossen Felde des Querschnittes die Zahl der Nervenfasern vermindert (mit dem Netzocular gezählt); am bedeutendsten in den Goll-schen und Pyramidenseitensträngen, weniger in den Pyramidenvordersträngen, sowie in den Keilsträngen, fast normal in den Kleinhirnseitensträngen. Die Ganglienzellen sind in den Vorderhörnern bedeutend vergrössert und ihr Protoplasma ist eigenthümlich grobkörnig. In den Hinterhörnern und Clarke'schen Säulen sind normale Ganglienzellen enthalten. In der Medulla oblongata, wie in der Gegend der Vierhügel enthalten die motorischen Nervenkerne Ganglienzellen mit gekörntem Protoplasma, die sensiblen Kerne dagegen bestehen aus normalen Zellen.

Es ziehen markhaltige Nervenfasern in der Richtung vom Kerne des Hypoglossus, Acusticus und Irochlearis zu den Epithelzellen des Ventrikels und Aquaeductus Sylvii und inhaeriren an letztere.

Die Pyramide und die Schleife sind an Stelle der Kreuzung faserarm. In 12 Tabellen sind die Dimensionen des Rückenmarks und der einzelnen Stränge, sowie die Zahl und Caliberverhältnisse der Nervenfasern zusammengestellt.

Dr. Feist.

---

370) **H. Holm**: Den dorsale Vaguskjerne's Anatomie og Patologi. (Anatomie und Pathologie des dorsalen Vaguskernes.)

(Norsk. Magazin for Laevidenskaben 1892, H. 1.)

Wir kommen heute noch einmal auf diese bisher nur kurz erwähnte Arbeit zurück, welche eine eingehende Behandlung verdient. Es liegen dieser Arbeit, wie schon berichtet, Untersuchungen zu Grunde, die an todtgeborenen Föten, neugeborenen Kindern, jungen Kaninchen, Katzen und Hunden, ferner an 13 pathologischen Gehirnen Erwachsener, sowie an

vielen normalen Medullae obl. geisteskranker und geistig gesunder Personen gemacht worden sind und zwar mit Hülfe der Weigert'schen, Pal. schen und Nigrosinfärbungsmethode

Der dorsale „sensitive" Vaguskern wird in seinem Verhältniss zu den naheliegenden Kernen geschildert und von dem Accessorius- und Glossopharyngeuskern (welcher letztere nach H. dorsal vor dem Vaguskern liegt und ein gutes Stück distal von dessen äusserster Spitze aufhört), getrennt. Innerhalb des Vaguskernes werden zwei Zellengruppen unterschieden die ventromediale, die aus grösseren, meist gleichförmigen und einzelnen eckigen Zellen besteht, und die dorsale, die aus einer Menge ganz kleiner Zellen von sehr verschiedener Form besteht. Bei menschlichen Föten von 35 cm Länge ist der Kern in der Regel noch nicht mit markhaltigen Fasern versehen, während der Glossopharyngeus schon bei 25 cm langen Föten markhaltig ist. Ueberhaupt ist der Vaguskern nur spärlich mit markhaltigen Fasern versehen.

Die Nervenfasern, welche von den Zellen in dem Kerne ausgehen sammeln sich in der Richtung nach aussen und gehen entweder in die andern, aus dem Vagus austretenden, Wurzelfasern über, oder sie biegen abwärts um und verlaufen auf der dorsolateralen Seite des fasc. solit. Fasern, die vom Kern nach der Mittellinie und von da event. zum Centrum gehen, hat H. nicht mit Sicherheit nachweisen können. (Ref. glaubt, solche Fasern zu wiederholten Malen gesehen zu haben und kann sich dem Raisonnement des Verf. nicht anschliessen, nach welchem solche Fasern, die von dem Kern in dem fasc. solitaris zur Raphe gehen, nicht in directer Verbindung mit dem Kern stehen können, weil sie in Präparaten, bei denen die Kerne degenerirt waren, normale Entwicklung zeigten. Es liegt keine Nothwendigkeit vor zu der Annahme, dass diese Fasern ihr trophisches Centrum im Kern haben, und sie können — im Gegensatz zu den peripheren Wurzelfasern — sehr wohl conservirt sein in Fällen, wo der Kern degenerirt ist.) — Die ventro-mediale Zellengruppe scheint sich am frühsten, die medio-dorsale Ecke am spätesten zu entwickeln.

Im Hinblick auf seine Untersuchungen an Neugeborenen, bei denen die dorso-laterale Zellengruppe unentwickelt war, sowie auf die pathologischen Fälle, bei denen allen sich, wie bei den Kindern, mehr oder weniger bedeutende Veränderungen in den Lungen zeigten, während die Patienten bei Lebzeiten so gut wie gar nicht gehustet hatten (mangelnder Hustenreflex), glaubt H. schliessen zu können, dass der dorsale Vaguskern, oder vielmehr die kleinen Zellen seiner dorsolateralen Partie als Centrum der Bronchialreflexe zu betrachten sind. Ferner fand H. bei einem todtgeborenen Kinde und bei einem während eines asphyctischen Anfalls gestorbenen Patienten eine Degeneration, ganz besonders der medio-ventralen Gruppe, während sich andere Todesursachen nicht nachweisen liessen, und der Verf. schliesst hieraus, dass diese Gruppe als eigentliches Respirationscentrum zu betrachten ist. Was die nähere Argumentation angeht, so muss auf die Originalabhandlung hingewiesen werden. — Einen pathologisch-anat. Beweis dafür, dass, wie gesagt, von dem Kern Fasern zu dem Fasc. solit. gehen, die an der dorsolateralen Seite desselben verlaufen, sieht der Verf. darin, dass diese Partie in allen Fällen, wo eine starke Affection des Vagus bestand, deutlich

sclerotisch war. H. fand in diesen Fällen auch einen Theil degenerirter Fasern in der austretenden Vaguswurzel.

Ferner schildert der Verf. kurz den Nucleus ambiguus sive nucl. lateral. medius (Roller) als aus zwei Zellengruppen, einer mediodorsalen und einer ventrolateralen, bestehend. Von dem mediodorsalen, der schon bei dem 25 cm langen Fötus entwickelt und markhaltig ist, gehen die meisten Fasern in medialer Richtung zur Raphe, steigen darauf, ohne Kreuzung mit Fasern von dem contralateralen Kern in proximaler Richtung in diesen hinein, umschliessen und durchbohren den oberen Theil des Hypoglossuskerns und verlaufen endlich in lateraler Richtung abwärts und wie die Wurzelfasern des Vagus nach der Peripherie. Der ganze Verlauf wird als ähnlich dem der Facialiswurzeln geschildert, da wo sie mit ihrem Knie den Abducenskern umschliessen. Ob der Verfasser Recht hat, diesen Kern einen „bisher ganz unbekannten Vaguskern" zu nennen, ist dem Referenten zweifelhaft. Ist er etwas anderes, als der gewöhnlich sogenannte vordere motorische Vaguskern, dessen Existenz der Ref. übrigens bezweifelt? Neu ist sicherlich der beschriebene Faserverlauf; Ref. hat nie etwas beobachtet, was auf diese Weise gedeutet werden könnte.

In dem fasc. solit. hat der Verf. ausser den genannten, zum Vagus gehörigen, noch andere Fasern beobachtet, die von der kaudal liegenden Hauptpartie des sensitiven Glossopharyngeus kommen und sich theilweise dorsal vor dem Centralcanal kreuzen, während ein Theil auch von derselben Seite kommt. Die Hauptmenge seiner Fasern bilden eine aufwärtssteigende Glossopharyngeuswurzel, deren Fasern wahrscheinlich grösstentheils von den grösseren oder kleineren Ganglienzellen herkommen, die in und um die Fascikel in ihrem ganzen Verlauf liegen. Ausser diesen Fasern kommen zur Glossopharyngeuswurzel auch absteigende Fasern in recht bedeutender Anzahl, von Zellen, die in dem gedachten Fortsatz des Fascikels in centripetaler Richtung liegen. Das distale Ende des Fascikels löst sich in den Höhe des ersten Cervicalnerven in eine Menge Fasern auf, die durch dir Seitenstränge und successiv abwärts durch die Zellen des Vorderhores verlaufen.

Die Abhandlung enthält ausser den pathologischen Fällen eine kurzgefasste physiologische Uebersicht über das Verhalten der Nerven zu den Lungen und Bronchien, sowie mehrere schön ausgeführte Zeichnungen, auf denen es jedoch etwas schwierig ist, sich zu orientiren, weil sie ohne Rücksicht auf das, was oben und unten ist, reproducirt sind.

P. Koch (Kopenhagen).

---

371) **E. A. Homén:** Eine eigenthümliche bei drei Geschwistern auftretende typische Krankheit unter der Form einer progressiven Dementia in Verbindung mit ausgedehnten Gefässveränderungen (wohl Lues hereditaria tarda), (Arch. f. Psychiatrie und Nervenkrankheiten XXIV., Heft 1.)

Dem vielsagenden Titel dieser Arbeit ist eigentlich nur hinzuzufügen, dass es Zeit ist, die Hypothese aufzustellen: Alle Fälle von Tabes und progressiver Paralyse, welche nicht auf eine im individuellen Leben erlittene syphilitische Infection zurückzuführen sind, müssen als endogener Nervenschwund nach Lues der Eltern aufgefasst werden. Sommer (Würzburg).

372) Dr. **E. Jacobson** (Kopenhagen); The :elationship between gener paralysis of the insane and syphilis.

(The journal of mental science, April 1892.)

Verf. gibt eine ausführliche Uebersicht über die verschiedenen bish in der Litteratur vertretenen Ansichten über den Zusammenhang zwische Paralyse und Syphilis. Besonders die Statistiken über paralytische Fraue gehen in dieser Hinsicht weit auseinander. Es ist desshalb die Statisti des Verf. über 100 Frauen von beträchtlichem Werthe. Die Nachforschun des Verf. ergab, dass in 37% Syphilis sicher vorhanden war und dass di selbe in 65% mehr oder minder wahrscheinlich vorangegangen war. Diese Zahle gewinnen an Werth, wenn man sie vergleicht mit der Häufigkeit andere ätiologischer Momente. Von diesen waren die häufigsten Alcoholmissbrauc und Heredität; aber ersterer war nur in 27% letzterer nur in 28% nach zuweisen. Darnach sieht Verf. sich genöthigt, die Syphilis als die b weitem wichtigste Ursache der Paralyse anzuerkennen.

Strauscheid.

---

373) **Oebeke** (Bonn, Endenich): Zur Syphilis des Centralnervensystem und der Psychosen.

(Sep.-Abdruck aus der Zeitschrift für Psychiatrie etc., Bd. 48.)

Verfasser gibt die Krankengeschichten zweier Paralytiker mit jahre lang vorhergehender schwerer, immer wieder recividirender Syphilis. De Sectionkbefund ergibt neben den gewöhnlichen Veränderungen der Paralys auch diejenigen der Syphilis des Gehirns und Rückenmarkes. Verfasse stellt den unmittelbaren Zusammenhang der Syphilis und der Paralyse in diesen beiden Fällen fest und wendet sich nun zu der Frage, welche Roll der Syphilis in der Aetiologie der Psychosen zukomme. Während be seinen Paralytikern 57% früher syphilitisch waren, befinden sich unter de nicht paralytischen Geisteskranken 12% frühere Syphilitiker. Verfasse rechnet nun von den letzteren diejenigen Fälle ab, in welchen vorwiegen noch andere Ursachen der Krankheit zu Grunde liegen, z. B. Alcoholismus Schädelverletzung u. a. Der Rest wird einer genauen Besprechung unte worfen, wobei Verfasser zu dem Schlusse kommt, dass in Bezug auf Heil ung der Procentsatz zwischen syphilitisch Gewesenen und nicht syphilitisc Gewesenen sich 15% : 35% verhält, dass jedoch sonst in der Art und in Verlauf der Seelenstörungen mit vorhergehender Syphilis keine Eigenthüm lichkeiten vorhanden sind. Ofterdinger (Rellingen).

---

374) **Grabower**: Kehlkopfmuskellähmung bei Tabes dorsalis.

(Deutsche med. Wochenschrift 1892, Nr. 27.)

G. beschreibt einen Fall von Lähmung resp. Parese des linken M crico-arytaenoideus posticus. Patient hat vor 2½ Jahren einen Fall von Gerüst gethan und will seitdem krank sein. Er hat die bekannten Zeichen der Tabes dorsalis, hat 112 Pulse in der Minute und ist von häufige Larynxkrisen mit anfallsweise auftretenden Hustenstössen, seufzenden In spirationen und abnormen Sensationen am Halse heimgesucht worden. Ver fasser bespricht sodann die Litteratur über die Lähmung der Musculi postici und die in ihr zum Ausdruck gelangten wechselnden Meinungen der Autoren.

In der Statistik über das Vorkommen von Kehlkopferkrankungen beruft er sich auf das früher hier besprochene Buch von Burger und glaubt sonderbarer Weise, dass die von B. mitgetheilten 71 Fälle die einzigen beobachteten sind, während doch jeder Arzt mindestens einmal bei gut beobachteten Fällen von Tabes dergleichen vorfindet. Peltesohn.

---

375) **Placzek**: Combination von Tabes dorsalis und Paralysis agitans
(Deutsche med. Wochenschrift 1892, Nr. 27.)

Verfasser stellt in der Berliner Gesellschaft für Neurologie und Psychiatrie einen 53jährigen Kaufmann vor, der vor 10 Jahren unter den Erscheinungen beginnender Tabes erkrankte, denen sich nach 3 Jahren die Symptome der Paralysis agitans hinzugesellten. Verfasser gibt ein genaues Bild der Krankheitserscheinungen, schliesst daran eine Angabe der sonst bekannten Combinationen anderer Nervenkrankheiten mit Tabes und zeigt, dass der von ihm vorgestellte Fall fast einzig dasteht. Da Patient ein ulcus durum gehabt hat, so ist eine luetische Basis der eigenthümlichen Erkrankung nicht unwahrscheinlich. Verfasser bespricht die herrschenden Ansichten oder besser gesagt Theorien über die pathologisch-anatomische Ursache der Paralysis agitans und zeigt, dass sich aus den bisherigen Befunden eine Localisation der Krankheit nicht ermöglichen lässt. Jedenfalls erhellt aus dem vorgestellten Falle, dass die anormalen Innervationsreize der Paralyse solche Bahnen des Rückenmarks durchlaufen, welche von der Tabes nicht getroffen worden sind. Peltesohn.

---

376) **Julius Heller**: Ein Fall von chronischem Hydrocephalus bei hereditärer Syphilis.
(Deutsche med. Wochenschrift 1892 Nr. 26.)

Die syphilitische Natur des Hydrocephalus chronicus wird von vielen Aerzten direct verneint, von einigen bezweifelt und von wenigen nur als vorhanden angenommen. Wirkliche Belege für die syphilitische Aetiologie der genannten Krankheit hat H. nur in 16 Krankengeschichten gefunden, denen er eine eigene Beobachtung hinzufügt: Ein Kind von 7 Wochen bekommt eine Psoriasis palmaris et plantaris und einen Darmkatarrh, der den gewöhnlichen Mitteln nicht weicht. Auf Calomel und Sublimatbäder bessert sich jedoch schnell beides. Nach 6 Monaten entwickelt sich ein starker Hydrocephalus, der im Verlauf einer viermonatlichen Kur mit Jodkalium (1—2 : 120, — 3 Mal tgl. einen Kinderlöffel) sich um ein Bedeutendes bessert. Aus dem therapeutischen Erfolg der angewandten Mittel, dem Aussehen und dem Verlauf des Exanthems und der Thatsache, dass die Mutter des übrigens unehelichen Kindes früher einmal Jodkalium von ihrem Arzt erhalten hat, schliesst Verfasser auf die syphilitische Natur des Hydrocephalus. Peltesohn.

---

377) **Comby**: Syphilitische Pseudoparalyse bei Neugeborenen.
(Revue mens. d. mal de l'enf, 1891, October.)

5 Fälle von Pseudoparalyse bei hereditär luetischen Kindern. Einige Wochen oder Monate nach der Geburt tritt plötzlich ohne gleichzeitige trophische Störungen, Fieber, Krämpfe oder sonstige äussere Ursachen, wie

Traumen oder dergl. absolute Paralyse beider oberen Extremitäten auf Die unteren Extremitäten werden nur ausnahmsweise angegriffen. In den meisten dieser Fälle zeigten sich deutliche Zeichen hereditärer Lues, jedoch glaubt der Verf. nach dem characteristischen klinischen Verlauf dieser Lähmungen auch in denjenigen Fällen, wo die untrüglichen Symptome fehlen die Diagnose auf Lues congenita stellen zu müssen. Vor allem hält er die genaue Untersuchung der langen Röhrenknochen für wichtig, denn hier zeigen sich fast ausnahmslos Veränderungen. Bald trifft man am oberen oder unteren Ende Hyperostosen, bald Epiphysentrennungen mit deutlicher Krepitation. Unter seinen 5 Fällen beobachtete C. zwei Mal Hyperostose des Radius, einmal Hyperostose und obere Epiphysenablösung des Humerus. Bei drei Mädchen (im Alter von 2, 3 und $3^1/_2$ Monaten) bestand in einem Fall Lähmung des linken, im zweiten Lähmung beider Arme und im dritten Lähmung aller Extremitäten. Zwei Knaben, 6 und 12 Wochen alt, hatten beide Lähmung des rechten Arms. In allen diesen Fällen wurden antiluetische Kuren (Sublimatbäder und Schmierkuren) angewendet und 4 Patienten waren nach 14 Tagen wieder hergestellt. Das an allen Extremitäten gelähmte Kind kam zu spät in ärztliche Behandlung und starb.

Kurella.

---

378) Prof. **Wagner** (Graz): Ueber die körperlichen Grundlagen der acuten Psychosen.

(Jahrb. f. Ps., Bd. X, H. 2 und 3.)

W. bespricht in einem zusammenfassenden Vortrage das, was bisher über die toxische Grundlage von acuten Psychosen festgestellt wurde, um zu weiteren Untersuchungen in dieser Richtung anzuregen. Von den postfebrilen Lähmungen ausgehend, bespricht er die neuritischen und die postfebrilen Psychosen; ob letztere auf neuritischen Veränderungen in der Hirnrinde beruhen, bleibt eine offene Frage. Verf. konnte bei ihnen einzelne klinische Erscheinungen constatiren, welche er auf das Bestehen einer rudimentären Polyneuritis bezieht. Die Psychosen nach Tuberculininjectionen, bei Pellagra und Ergotismus werden besprochen und schliesslich erhält die Vermuthung Ausdruck, dass die Gruppe der toxischen Psychosen sich bei genauerer Durchforschung der acuten Psychosen erweitern wird. So sind möglicher Weise manche acute Psychosen durch Autointoxication vom Intestinaltractus aus entstanden. Die beobachteten gastrointestinalen Störungen und das Verhalten des Harns werden als Stütze für diese Vermuthung herangezogen. Alle toxischen acuten Psychosen haben ein Gemeinsames, indem sie symptomatologisch unter dem Bilde des acuten Wahnsinns, der Amentia (Meynert) verlaufen.

Mercklin.

---

379) **B. Lheube** (Greiz): Acute Ataxie nach Tuberculineinspritzungen.

(Berl. kl. Wochenschr. 1891, Nr. 36.)

Eine Dame, Mitte der dreissiger, erhielt wegen beginnender Tuberculose in einer Heilanstalt 23 Tuberculineinspritzungen mit geringer Reaction, aber ziemlich gutem Erfolge. Schon während der Kur begann sie auf den Beinen unsicher zu werden und fiel beim Gehen mehrmals hin, ohne doch besonders darauf zu achten. Etwa 3 Wochen nach Beendigung der Kur

traten erheblichere Erscheinungen auf. Sie klagte über Schwäche, Schwere und Unsicherheit des linken Beines und über Kribeln am linken Fuss. Der Gang war unsicher und etwas stampfend. Das linke Bein zeigte eine deutliche Ataxie. Beim Stehen mit geschlossenen Augen trat sofort Schwanken auf. Die Patellarreflexe fehlten beiderseits. — Die Ataxie nahm nun rasch zu und ging auch auf das rechte Bein über, ohne aber denselben Grad zu erreichen, wie am linken. Ausserordentliche Unsicherheit beim Gange, leichte Ermüdbarkeit und taubes Gefühl an den Füssen; ausserdem zeitweise heftige Schmerzen an den verschiedensten Körperstellen, namentlich an den Beinen.

Nach einem Monat trat langsame Besserung ein und die Erscheinungen gingen schliesslich alle zurück. Nur die Patellarreflexe fehlten bis zuletzt.

L. führt die Ataxie auf die Tuberkulineinspritzungen zurück und stellt den Fall in eine Reihe mit den Formen acuter Ataxie, welche mitunter nach acuten Infectionskrankheiten auftreten und auf eine durch Toxine bewirkte multiple Neuritis bezogen werden.

Hoppe (Allenberg.)

---

380) **Knörr**: Zur Lehre der toxischen Psychosen.

(Allg. Ztschr. f. Ps., Bd. 48, H. 6.)

K. schildert unter Mittheilung von 4 Krankengeschichten die auf alcoholischer Grundlage entstandene acute hallucinatorische Form des Irreseins, welche sich vom Delir. tremens gut abgrenzen lässt, mit Gehörstäuschungen beginnt und sich wesentlich in ihnen und ihren Folgeerscheinungen (Verfolgungsideen, Angst) bis zum günstigen Ausgang weiter bewegt. Er nennt sie mit v. Speyr und Tuczek: acute alcoholische Paranoia. Im Anschluss daran wird ein Fall von Morphiumcocainpsychose und ein solcher von Influenzapsychose berichtet, die unter demselben klin. Bilde verliefen. In der Betrachtung der Gehörshallucinationen folgt K. ganz den Theorien von A. Cramer.

Die erneute Betrachtung dieser Krankheitsform ist um so mehr berechtigt, als sie entschieden viel seltener zur Beobachtung kommt als das Delir. tremens und die gewöhnlichen Störungen des Alcoholismus chronicus. Die Behauptung, sie habe bis jetzt wenig Erwähnung in der Litteratur gefunden, ist aber nicht ganz zutreffend. Abgesehen von den von K. citirten Autoren berühren die am weitesten verbreiteten deutschen Lehrbücher (Krafft-Ebing, Schüle, Kraepelin) den acuten alcoholischen Wahnsinn, des Vorwiegens der Gehörstäuschungen in einzelnen Fällen wird gedacht (Schüle) und die Verwandtschaft mit der Cocainpsychose hervorgehoben (Kraepelin). Auch an die Bemerkungen, mit denen W. Sander eine werthvolle Einzelbeobachtung einleitete (Psych. Centralbl., Wien 1877), sei erinnert.

Mercklin.

---

381) **P. Näcke** (Hubertusburg): Eigener schwerer Fall von Jodoformintoxication. (Berl. klin. Wochenschr. 1892, Nr. 7.)

N. berichtet über eine schwere psychische Störung, welche er selbst in Folge von Jodoformvergiftung durchgemacht hat. Wegen eines acuten, allgemeinen Eczems hatte er zuerst Sublimatumschläge, dann Bestreuungen

mit Jodoform gemacht und im Ganzen circa 10 Gramm davon verbraucht. 8—10 Tage später brach urplötzlich eine tiefe Bewusstseinsstörung von 4tägiger Dauer aus, wobei fast alle Erinnerungsbilder und Vorstellungen schwanden und die Erinnerung an eben Gesagtes und Gethanes aufgehoben war. Er erkannte z. B. seine Frau nicht, wusste nicht, wo er war, stellte fortwährend dieselben Fragen. Ausserdem bestand eine Art Paraphasie, so dass er häufig andere Worte hervorbrachte, als er eigentlich sagen wollte. Einzelne hingeworfene Worte führten zur Anknüpfung einer Reihe von traumartigen Bildern. Daneben bestand häufiger Stimmungswechsel.

Die Bewusstseinsstörung schwand ganz allmählig, während die tief gesunkenen Körperkräfte sich schnell hoben. Das Gedächtniss und die Intelligenz blieben noch lange stark geschädigt; selbst die einfachsten Receptformeln fielen ihm nicht mehr ein und es wurde ihm schwer, den Sinn von Gelesenem zu verstehen. Die Erinnerung an jüngst Erlebtes wurde aber bald wieder normal, wie auch die Paraphasie schwand. Sehr lange hielt jedoch eine reizbare Schwäche des Gemüths an. — Daneben zeigten sich neurasthenische Erscheinungen (schwere Schlaflosigkeit, hypochondrische Ideen, leichter Tremor der Finger, Herzklopfen nach längerem Sprechen oder Spazierengehen) und unangenehmer Jodoformgeschmack und -Geruch. Die ersteren schwanden schnell, die letzteren verwandelten sich später in unbestimmte balsamische Gerüche, endlich in solche nach Aether.

Unter Gebrauch einer Kur in einem Sanatorium wurden allmählig auch das Gedächtniss und die Intelligenz besser, doch konnte er auch 6 Wochen nach Ausbruch der Störung sich auf manche Thatsachen aus seinem Leben nicht besinnen. Am längsten hielt ein leichter Tremor der Finger an. Nach circa $4^1/_2$ Monaten war N. ziemlich völlig hergestellt. —

N. bezieht die psychische Störung, welche sich mehr als eine Lähmung gewisser Gehirntheile darstellte, auf die Bildung von Jodalbuminen in der Hirnsubstanz, mit deren langsamer Ausscheidung die Symptome psychischer und nervöser Schwäche allmählig schwanden. Die Jodoformgeschmäcke und -Gerüche hält N. peripher bedingt durch Ausscheidung des Jodoform.

Hoppe (Allenberg).

III. Original-Vereins-Berichte.

Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

Sitzung vom 6. Juni 1892.

382) **Otto**: Ueber Veränderungen der Sehnerven, insbesondere bei Arteriosclerose (mit Demonstrationen).

Das aus der Dalldorfer Siechenabtheilung stammende Material umfasste 20 Fälle, 17 davon zeigten arteriosclerotische Veränderung der die optici begrenzenden Gefässe (Carotis, Art. ophthalm.), in 11 von diesen Fällen fanden sich gröbere Formveränderungen der Sehnerven, angeborene Formveränderungen ausser in einzelnen der 17 Fälle noch in 3 weiteren. In 6 Fällen liessen sich gröbere Veränderungen nicht erkennen.

Bis jetzt sind in der Litteratur nur einzelne Befunde von arteriosclerotischer Veränderung der optici zu constatiren. Die Gruppe von 6

Fällen bestand aus Männern zwischen 50—60 Jahren, die an Demenz, Pseudobulbaerparalyse und progressiver Paralyse litten. An den optici sah man dort, wo sie den erkrankten Gefässen anlagen, eine geringe Abplattung bezw. Einbuchtung, sonst keine atrophischen oder interstitiellen Processe. Die kleinen Gefässe der Sehnerven zeigten verdickte Wandungen; hie und da fanden sich corpora amylacea, sowie Fuchs'sche Atrophie".

Die Gruppe von 11 Fällen umfasste Männer von 44—79 Jahren mit Dem. senilis, Dem. paralytica, Dementia postapoplectica und Pseudobulbärparalyse. Es fand sich Erkrankung der Carotis, der Ophthalmica oder beider Gefässe. Bei Erkrankung der Carotis fanden sich die optici stark abgeplattet oder breit eingebuchtet, bei Erkrankung der Ophthalmica fein gekerbt und partiell abgeplattet. Microscopisch fanden sich die bei der 1. Gruppe erwähnten Veränderungen, ferner Abplattungen einer grösseren Anzahl von Nervenbündeln, deren Lage zu den erkrankten Gefässen in einem gesetzmässigen Verhältniss stand. Die Arteria ophthalmica verlief in allen Fällen in der Längsrichtung des N. opticus. V. geht des weiteren auf die congenitalen Formveränderungen des Sehnerven ein. Es scheint ihm, dass die Abplattung der Nervenbündel bei microscopischer Formveränderung des Sehnerven einer mechanischen Einwirkung der erweiterten und verkalkten Gefässe ihren Ursprung verdankt. (Es folgten Demonstrationen zahlreicher macroscopischer Präparate, Zeichnungen, sowie microscopischer Präparate mittelst der Projectionsapparate.)

An der Discussion betheiligten sich Oppenheim, Bernhardt und der Vortragende.

383) **Bauer:** Krankenvorstellung.

Hemihyperdrosis cruciata: 26jähriger, erblich nicht belasteter Mann, der mit Ausnahme eines Typhus im 18. Jahre stets gesund war, während seiner Militärzeit Anstrengungen schlecht vertrug, zeigt starke Schweisssecretion und zwar rechts am Rumpf bis zum Nabel, links am Bein von der Leistenbeuge ab. Kopf, beide Arme und das rechte Bein schwitzen fast gar nicht. Pilocarpin bewirkt nur eine geringe Schweisssecretion an den gewöhnlich nicht schwitzenden Stellen. Sonst Mangel der Behaarung an der linken Brustwarze, während die rechte Seite normal behaart ist, wechselnde Weite der Pupillen, zuweilen Hippus; keine Sensibilitäts- oder motorische Störungen, Reflexe normal. Klagt über leichte Ermüdbarkeit und häufige Kopfschmerzen, sowie Frieren der linken Hand, welche bei geringer Kälte blau wird. Es handelt sich um eine zuerst im 14. Jahre bemerkte, seitdem nicht fortgeschrittene vermuthlich congenitale Anomalie.

384) **König** (Autoreferat): Ueber Gesichtsfeldermüdung und deren Beziehung zur concentrischen Gesichtsfeldeinschränkung bei Erkrankungen des Centralnervensystems (mit Demonstrationen von Gesichtsfeldern.)

V. berichtet über die wichtigsten Resultate von Gesichtsfelduntersuchungen, welche er an dem Material der Dalldorfer Irrenanstalt angestellt hat.

Unter Gesichtsfeldermüdung versteht man bekanntlich ein Phänomen, welches beim Perimetriren seinen Ausdruck darin findet, dass das Gesichtsfeld, sei es, dass es von Anfang an concentrisch eingeschränkt war oder nicht, mit jedem weiteren Meridian in mehr oder wenig unregelmässiger Weise kleiner wird.

Die Gesichtsfeldermüdung ist das bedeutendste Symptom eines Symptomencomplexes, welchen v. Gräfe im Jahre 1865 unter dem Namen der Anaesthesia retinae zuerst beschrieben hat. Im Laufe der Zeit sind verschiedene andere Bezeichnungen dafür vorgeschlagen worden, wie Gesichtsfeldamblyopie (Schweigger), Hyperaesthesia retinae (Steffan), Anaesthesia optica (Pflüger), Neurasthenische Asthenopie (Beard-Wilbrand) und nervöse Asthenopie (Wilbrand). Die letzte Bezeichnung ist wohl die passendste, da, wie Wilbrand hervorhebt, der Zustand bei allen nervösen Erkrankungen auftreten kann.

Die „nervöse Asthenopie“ besteht nach Wilbrand in dem localen Auftreten eines nervösen Allgemeinzustandes, dessen Aeusserungen am Auge mit einer gesteigerten Empfindlichkeit und leichten Reizbarkeit des gesammten optischen Nervenapparates einhergehen.“ Die wichtigsten Symptome bestehen in Ermüdungserscheinungen des Gesichtsfeldes mit oder ohne conc. G.-F.-E., Herabsetzung der centralen Sehschärfe, Störungen der Accomodation und der Function der übrigen Augenmuskeln, Augenflimmern, Nebelsehen, Photopsie und Gesichtshallucinationen, Blepharospasmus. Das Verdienst, die Ermüdungserscheinungen zuerst genauer studirt zu haben, gebührt Förster. Dieser zeigte im Jahre 1877, dass beim Perimetriren eines mit „Anaesthesia retinae“ behafteteten Individuums das Prüfungsobject weiter peripherisch gesehen wird bei centripetaler Führung desselben als bei centrifugaler. Ferner, dass, wenn man das Gesichtsfeld in der Weise untersucht, dass man das Prüfungsobject zuerst auf allen Meridianen von der temporalen Seite her durch den Fixationspunkt nach der nasalen Seite führt und Eintritt und Austritt markirt, man ein Gesichtsfeld erhält, welches an der nasalen Seite unverhältnissmässig stärker eingeengt ist als an der temporalen, dass hingegen, wenn man nach einer Pause das Gesichtsfeld in derselben Weise von der nasalen Seite her aufnimmt, die stärkste Einengung sich an der temporalen Seite zeigt. Die beiden so erhaltenen Gesichtsfelder sind gegeneinander verschieden, weshalb von König in Breslau die Bezeichnung „Förster'scher Verschiebungstypus“ für dieses Phänomen vorgeschlagen worden ist. Diese etwas zeitraubende Methode ist nun von Wilbrand wesentlich vereinfacht worden. Die Untersuchung beschränkt sich auf den horizontalen Meridian. Es wird das Prüfungsobject in langsamem und möglichst gleichmässigem Tempo von der temporalen Seite her durch den Fixationspunkt nach der nasalen Seite hingeführt, der Punkt, wo das Object in das Gesichtsfeld eintritt, mit 0, die Austrittsstelle mit 1 bezeichnet; bei 1 angekommen, kehrt man ohne Pause nach der temporalen Seite zurück. Tritt nun das Object bei 0 wieder aus dem Gesichtsfeld aus, so kann man, soweit die Erfahrung des V. reicht, mit Sicherheit sagen, dass das Gesichtsfeld nicht ermüdbar ist. Ist das Gesichtsfeld ermüdbar, so verschwindet das Object schon eine Strecke weit vor 0, welcher Punkt mit 2 bezeichnet wird, an der nasalen Seite vor 1 u. s. w. So gibt es Gesichtsfelder, die sich durch solche „Ermüdungstouren“ bis zum Fixationspunkt ermüden lassen. Meistens hört die Ermüdung schon früher auf; des übrigbleibenden durch weitere Touren nicht mehr ermüdbaren Theil des Gesichtsfeldes nennt Wilbrand das „minimale Gesichtsfeld“. Die Ermüdung stellt sich da, wo sie vorhanden ist, immer auf sämmtlichen Meridianen

der betreffenden Gesichtsfeldhälften ein. Für Farben ermüdet das Gesichtsfeld in derselben Weise. Die eben geschilderte Untersuchungsmethode lässt erkennen, ob das Gesichtsfeld von vornherein concentrisch eingeschränkt war oder nicht, ob Ermüdungserscheinungen vorhanden waren, auf welcher Seite dieselben am stärksten auftraten, sowie die Grösse des minimalen Gesichtsfeldes. Ausser diesen von Wilbrand hervorgehobenen Vorzügen ist dem V. noch ein weiterer nicht zu unterschätzender Vortheil aufgefallen, auf den : aufmerksam machen möchte, nämlich auf die Möglichkeit, sich genau über den Grad der Aufmerksamkeit der Patienten orientiren zu können, indem durch eine grössere Anzahl von Ermüdungstouren, namentlich, nachdem die Ermüdung zum Stillstande gekommen ist, man die Angaben der Patienten mit einander vergleicht! Die Differenzen in den Angaben aufmerksamer Patienten sind ausserordentlich klein und betragen höchstens 5—6°; meistens sind sie aber kleiner.

Wenn diese Methode nun auch noch lange nicht physiologisch exactre Resultate gibt, so ist sie doch nach Ansicht des V. als ein wesentlichen Fortschritt der alten Förster'schen gegenüber zu betrachten, bei welcher mae sehr grosse Fehlerquellen in Kauf nehmen muss, weil man begreiflicherweis nicht jeden einzelnen Meridian in der beschriebenen genauen Art untersuchen kann. Wilbrand fand (was auch von Schiele bestätigt wurde), da s die „Ermüdungsquote“ zu Anfang am grössten ist; ferner „schien es“ ihm, als ob die temporale Seite stärker ermüdete, als die nasale. Des weiteren fand er Fälle, in welchen nur die temporale Seite ermüdete. Endlich begegnete er in seltenen Fällen (9 Mal) einer Form der Ermüdung, welche er „os illirendes Gesichtsfeld“ nannte, weil das Untersuchungsobject streckenweise verschwindet und wieder auftaucht; es zeigen sich also eine Menge von Scotomen, welche die Eigenthümlichkeit haben, dass sie bei Controlluntersuchungen niemals genau auf derselben Stelle wieder auftreten. Ihre Anzahl hängt, wie es Vortragendem scheint, auch von der Geschwindigkeit ab, mit welcher das Object geführt wird (umgekehrt proportional der Geschwindigkeit). V. hat 2 Fälle dieses oscillirenden Gesichtsfeldes beobachtet; den einen hat er $^5/_4$ Jahr hindurch von Zeit zu Zeit controllirt und konnte feststellen, dass ein derartiger Zustand auch in chronischer Form auftreten kann; bis jetzt ist es nur bekannt gewesen, dass das oscillirende Gesichtsfeld als vorübergehender Zustand vorkommt.

In beiden Fällen fand sich bei einer grossen Anzahl von Untersuchungen constant die Eigenthümlichkeit, dass, wenn man auf der nasalen Seite des untersuchten Meridians an dem Punkt, wo das Object verschwand, angekommen, sofort umkehrte, das Object nicht gleich wieder auftauchte, sondern erst eine Strecke weiter, ferner, dass es auf der temporalen Seite gewöhnlich ungefähr dort wieder verschwand, wo es zuerst in das Gesichtsfeld eingetreten war, im Gegensatz zu dem sonstigen Verhalten bei dem „Wilbrand'schen Ermüdungstypus“. Auch für Farben treten diese Scotome in derselben Weise auf.

Eine sehr seltene Abart des oscillirenden Gesichtsfeldes, welche von Wilbrand und Sänger beobachtet wurde, ist das centrale bezw. paracentrale Ermüdungsscotom.

V. hat seine Untersuchungen nach der Wilbrand'schen Methode (in einzelnen Fällen auch nach der Förster'schen) angestellt; er benutzte den „modificirten“ Förster'schen Perimeter und ein Prüfungsobject von 15 mm (in einzelnen Fällen von 5 mm) Seitenlänge.

Die von Wilbrand angegebenen sehr wichtigen Vorsichtsmassregeln wurden, soweit es die localen Verhältnisse zuliessen, auf das genaueste befolgt. Vor allem wurde auf langsame und gleichmässige Führung des Prüfungsobjectes geachtet. Bei zu rascher Führung kann man sehr leicht geringe Grade der Ermüdung übersehen. Von der Verwerthung von Fällen, in welchen die Aufmerksamkeit der Patienten auch nach einiger Uebung nicht zu erreichen war, wurde selbstverständlich abgesehen.

Im Ganzen kamen zur Untersuchung 215 Fälle, 99 Männer und 11[illegible] Frauen. Veränderungen am Gesichtsfeld fanden sich in 81 Fällen (2[illegible] Männer, 59 Frauen). 41 von diesen Fällen wurden längere Zeit hindurch bis zu $^5/_4$ Jahren controllirt. In einigen wurde versucht, das Gesichtsfeld künstlich zu beeinflussen, einestheils durch Kopfgalvanisation, anderntheils durch Inhalationen von Amylnitrit. Positive Resultate zeigten sich nur in wenigen Fällen, am deutlichsten bei Amylnitrit: das Gesichtsfeld erweiterte sich, die Ermüdungserscheinungen schwanden entweder ganz oder nahmen wenigstens an Intensität ab.

In einem Falle wurde die Einwirkung der Hypnose auf das normale Gesichtsfeld lange Zeit hindurch studirt. Es zeigte sich bei zahlreichen Untersuchungen ganz regelmässig in der Hypnose sowohl der Förster'sche wie der Wilbrand'sche Ermüdungstypus in sehr ausgesprochener Weise bei deutlicher concentrischr Einengung des Gesichtsfeldes.

Die 81 Fälle mit positivem Resultat vertheilen sich der Krankheitsform nach wie folgt:

1. Einfache Seelenstörungen 8 (3 M., 5 F.),
2. Dementia paralytica 4 (2 M., 2 F.),
3. andere organische Gehirnerkrankungen 3 M.,
4. Alcoholismus chron. 2 F.
5. Hysterie bezw. Hystero-Neurasthenie 34 (2 M., 32 F.),
6. Hysterie und Epilepsie 6 (1 M., 5 F.),
7. Epilepsie 10 (2 M., 8 F.),
8. Posttraumatische Erkrankungen 14 (9 M., 5 F.).

Unter der letzten Rubrik fasst V. alle die Fälle zusammen, deren Entstehung mit Sicherheit auf ein Trauma zurückgeführt werden konnte. Fs befanden sich unter diesen 14 Fällen: 10 typische traumatische Neurosen (5 M., 5 F.), 2 mit Epilepsie (2 M.), 1 Paranoia (1 M.) und eine einfache Dementia (1 M.).

Unter den posttraumatischen Fällen ohne Gesichtsfeldbefund, im Ganzen 7, befinden sich 2 typische traumatische Neurosen (in einem diesen Fälle war das Gesichtsfeld früher eingeschränkt gewesen), ferner 2 Fälle von Epilepsie, 2 von Paranoia and 2 von Dementia (vielleicht paralytica). Bei den einfachen Seelenstörungen, zu welchen hier auch die Imbecillen und Altersdementen gerechnet sind, war ja von vornherein keine grosse Ausbeute an Gesichtsfeldveränderungen zu erwarten. Die 8 vorhin erwähnten Fälle zeigten alle neurasthenische bezw. hysterische Erscheinungen.

Trotzdem hoffte V. Ermüdungsreaction zu finden in Fällen einfacher Seelenstörungen, bei denen ein Complex objectiver Symptome zu constatiren war, welcher erfahrungsgemäss sehr häufig in mehr oder weniger vollständiger Form bei Neurasthenischen, überhaupt bei nervösen Individuen sich findet und welcher sich zusammensetzt aus der Steigerung einzelner oder sämmtlicher Sehnenphänomene, Steigerung der mechanischen Erregbarkeit der Muskeln, der motorischen und sensiblen Nerven, wie der vasomotorischen Reflexerregbarkeit der Haut. Hierzu kommt noch ein Symptom, auf welches zuerst und wiederholt von Rosenbach aufmerksam gemacht und dessen Wichtigkeit in letzter Zeit auch von Wilbrand und Sänger betont worden ist, nämlich das mehr oder weniger starke Vibriren der Augenlider bei Augenschluss, dieses „Rosenbach'sche Symptom" scheint dem V. dasjenige zu sein, welches bei nervösen Individuen mit am seltensten fehlt. (Auf den diagnostischen Werth der mechanischen Uebererregbarkeit der Muskeln und Nerven bei traumatischer Neurose ist zuerst von Oppenheim aufmerksam gemacht worden.) V. hat im Verlaufe der letzten $1^1/_2$ Jahre über 500 Patienten auf den eben geschilderten Symptomencomplex hin untersucht; er will heute nur soviel sagen, dass ein auffallend grosser Procentsatz, weit über die Hälfte, ohne Unterschied der Form der Erkrankung, diesen Symptomencomplex mehr oder weniger vollständig zeigt u. a. auch solche „einfache Seelenstörungen", bei denen über neurasthenische Beschwerden nicht geklagt wird.

Die Erwartungen des V. wurden indessen bezüglich derartiger Fälle von einfacher Seelenstörung getäuscht, insofern, als unter 19 solchen Fällen sich kein einziger mit abnormem Gesichtsfelde fand.

Die functionellen Störungen des Gesichtsfeldes in den 81 Fällen zerfallen in die Ermüdungsserscheinungen und die gleichmässig concentrische Einschränkung. Beide können sich combiniren, die Ermüdung tritt auch bei sonst normal grossem Gesichtsfelde auf (unter den Beobachtungen des V. nur 4 Mal). Was die Ermüdungserscheinungen anbetrifft, so konnte König zunächst die Richtigkeit der von Wilbrand erhobenen vorher citirten Befunde in jeder Beziehung bestätigen, dass nämlich die Ermüdung zu Anfang am stärksten ist, dass die temporale Seite stärker ermüdet als die nasale und dass es Fälle gibt, in welchen nur die temporale Seite ermüdet. Ermüdungserscheinungen, die nur die nasale Seite betrafen, sind bis jetzt noch nicht beobachtet worden. V. hat nun noch einige andere Variationen der Ermüdung beobachtet, von denen er hier nur eine Gruppe zu besprechen beabsichtigt, weil diesen Fällen eine gewisse principielle Bedeutung zukommt für die Frage von der Localisation der Ermüdung. Das sind die einseitig auftretenden Ermüdungserscheinungen. Derartige Fälle sind bis jetzt noch nicht beobachtet worden.

Bekanntlich suchte v. Gräfe den Sitz der Ermüdung in der Retina. Leber war der erste, welcher 1877 die Vermuthung aussprach, dass „für die Fälle spontaner Entstehung, sowie für die mit Hysterie verbundenen" die Localisation des Leidens in der Netzhaut unwahrscheinlich sei und dass

sich hier im Gegentheil manche Gründe für einen centralen Ursprung nachweisen liessen.

Dieser Ansicht war unter Anderen auch Parinaud. — Pflüger und Schiel hielten den centralen Sitz der Ermüdung für sicher bewiesen auf Grun von Untersuchungen, welche letzterer 1885 auf der Pflüger'schen Klini angestellt hatte. Schiele, welcher den Scherk'schen Halbkugelperimeter b nutzte, fand nämlich, dass, wenn er eine Hälfte, einen Quadranten od einen Meridian einer Gesichtsfeldhälfte systematisch ermüdete, regelmäss nur die homonymen Partien des Gesichtsfeldes des andern Auges in Mi leidenschaft gezogen wurden. Diese Versuche sind bis jetzt noch nic nachgeprüft worden.

Auch Wilbrand hat noch vor $1^1/_2$ Jahren den centralen Sitz der E müdung als sicher feststehend angenommen. In letzter Zeit hat er sei Ansicht auf Grund weiterer Erfahrungen geändert und hält es jetzt f wahrscheinlich, ohne allerdings vorläufig einen directen Beweis bringen können, dass die Ermüdung retinalen Ursprungs ist, und zwar möchte sie zu Folge von physiologischen Experimenten, welche von Hering a gestellt worden sind, auf die Erscheinungen der Lichtinduction zurückführe diese Hypothese hat viel für sich und gewinnt an Wahrscheinlic keit durch die Fälle des V. von einseitiger Ermüdung. Die sind mit der Annahme einer centralen Störung nicht gut vereinbar. Sollte sich die Schiele'schen Befunde bei Nachprüfung derselben bestätigen, bliebe wohl nichts weiter übrig, als anzunehmen, dass es auch noch ei Ermüdung gibt, deren Sitz in der Hirnrinde zu suchen ist. Die ve schiedenen Variationen der Ermüdung können sich nun m conc. Einschränkung verbinden. Irgend ein gesetzmässige Verhalten nach dieser Richtung hin hat sich bis jetzt noc nicht feststellen lassen.

Auch die concent. Einschränkung, deren centraler Sitz bis jet nicht angezweifelt wird, kann sich, wie dies bereits von andern festgestel worden ist, auf ein Auge beschränken und zwar nicht nur vorübe gehend.

Warum in Folge functioneller Erkrankungen niemals Hemianops (abgesehen von der Migraine ophthalmique), sondern stets nur concentrisc Einschränkung auftritt, ist noch immer nicht erklärt. Ganz dunkel sin jedenfalls die Fälle von einseitiger conc. Einschränkung bei absolut no malem Verhalten des anderen Auges. Diese Fälle haben bei dem Zweifel aufkommen lassen, ob einzig und allein Functionsstörungen d Hirnrinde für die conc. Gesichtsfeldeinschränkung verantwortlich zu mach und ob hierbei nicht noch andere Factoron mit im Spiele sind.

Zum Schlusse macht V. noch einige Bemerkungen über die Bedeu ung der Geschtsfeldveränderungen in objectiv symptomatisch Beziehung, sowie über die Simulation derselben.

Wilbrand und Sänger rechnen die Veränderungen des Gesichtsfeld zu den „relativ objectiven“ Symptomen, weil die Angaben der Untersucht zur Feststellung des Befundes nothwendig sind. Sie legen aber sowohl d Ermüdungserscheinungen wie der conc. Einschränkung, namentlich den g ringen Graden, die von manchen vielleicht gar nicht für pathologisch g

halten werden, eine sehr grosse symptomatische Bedeutung bei. V. kann sich auf Grund seiner Erfahrungen dieser Ansicht nur anschliessen.

Die Simulation anbetreffend hat er eine Reihe von Versuchen an sich anstellen lassen. Es ist ihm nie gelungen, eine geringe oder mässige Gesichtsfeldeinschränkung mit oder ohne Ermüdung zu simuliren. Höhere Grade der conc. Einschränkung mit oder ohne Ermüdung (Typus Wilbrand) können simulirt werden; aber es gehören zu einer erfolgreichen Simulation Vorstudien am Perimeter dazu, sowie eine Kenntniss der Gesetze der conc. Einschränkung, wie namentlich der Ermüdung. Indessen wird auch ein solcher auf der Höhe perimetrischer Ausbildung stehender Simulant wohl in den meisten Fällen durch den von Wilbrand angegebenen „Fadenapparat“ ad absurdum zu führen sein, so dass die Frage von der Simulation der functionellen Gesichtsfeldveränderungen mehr ein theoretisches als praktisches Interesse haben dürfte.

König.

IV. Bibliographie.

385) **Bourneville:** Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hysterie et l'idiotie.

Jahresbericht von 1890 der Epileptiker- und Idiotenabtheilung der Bicêtre. Nach einem Bericht über die Vorgänge in der Anstalt und Verwaltungsangelegenheiten folgen 11 Abhandlungen, theils sehr ausführliche Krankheitsgeschichten mit Sectionsbericht, theils zusammenfassende Artikel. Soweit angängig sollen dieselben in kurzen Referaten folgen. Hervorzuheben ist bei allen Arbeiten eine genauere Würdigung der anamnestischen Angaben und eine gute Beschreibung der Hirnsectionen, deren Einzelheiten wiederzugeben das Referat häufig verzichten musste.

I. Bourneville et Raoult: Imbécillité prononcé, torticollis, syndactylie, hypospadias, tuberculose intestinale.

Ein wahrscheinlich ab origine imbeciller Knabe, bei dem väterlicher- wie mütterlicherseits starke hereditäre Belastung nachzuweisen war. Die Mutter hatte während der Schwangerschaft heftige Gemüthserregungen. Der Zwillingsbruder des Pat. litt an Epilepsie. Die Imbecillität wurde noch aggravirt durch ein mit Bewusstlosigkeit einhergehendes Kopftrauma im 3. Lebensjahr. Somatisch war hervorzuheben: beständiger tremor capitis, Schiefhals, affenähnlicher Gesichtstypus, abstehende Ohren, plattgedrückte Nase, zackige unvollständige Zahnbildung, schiefer Schädel, partielle Syndactylie, Hypospadie, abnorm entwickelte Geschlechtsorgane. Der Pat. konnte nur einzelne Worte sprechen, hatte öfters Wuthanfälle, zeigte sich jedoch bildungsfähig. Unter Erscheinungen intestinaler Phthise ging er zu Grunde. Bei der Gehirnsection fand sich ein Gewichtsunterschied beider Hemisphären (rechte 460,0, linke 485,0), bedingt durch mangelhafte Entwickelung mehrerer Windungen der rechten Hemisphäre bes. der 3. Frontalwindung und der Parietalwindungen.

II. Bourneville et Morax: Idiotie et épilepsie symptomatique.

Ausführliche Krankheitsgeschickte eines 12jährigen Idioten. Grossvater väterlicherseits war Säufer, die Grossmutter und eine Tante geisteskrank. Die eigene Mutter litt an Migräne, deren Mutter an Hysterie, zwei Schwestern des Pat. leiden an Krämpfen. Die Mutter litt während der Schwangerschaft wiederholt an Ohnmachtsanfällen, während der Geburt an Krämpfen. Seit der 2. Lebenswoche schrie Pat. häufig auf, mit 6 Monaten traten Zuckungen auf, die nach öfterer Wiederholung im 4. Jahr in epileptische Krämpfe ausarteten und bis zum Tode mit wechselnder Frequenz (bis 30 pro die) anhielten. Psychisch bestand ausgesprochene Idiotie, die Intelligenz war fast Null. Er konnte nur Worte, keine Sätze sprechen. Die Fähigkeit, aufzumerken, war nicht vorhanden, die Gefühle kaum entwickelt. Er ass viel und onanirte. Somatisch bestand eine rechtsseitige Parese, Asymmetrie des Schädels und Gesichts, Rumination, Zuckungen, Schwanken des Körpers. Er erwies sich als nicht bildungsfähig. Brombehandlung besserte die Epilepsie nur vorübergehend. Er starb an einer plötzlich auftretenden Cachexie. — Bei der Section fand sich leichte Verwachsung der Dura mit dem Schädeldach. Die linke Hemisphäre war kleiner als die rechte und zwar waren besonders die linken Central- und Frontalwindungen schwächer entwickelt. Der linke thalamus opticus abgeflacht. Hirngewicht 1060, rechte Hemisph. 475, linke 460.

Als Todesursache wurde, da die Körperorgane völlig gesund waren, die cachéxie épileptique bezeichnet.

III. Bourneville et Morax: Idiotie symptomatique de sclérose cérébrale atrophique.

Ein Fall von congenitaler Idiotie. Pat. stammt väterlicher- wie mütterlicherseits aus einer Trinkerfamilie und vor Allem mag der abusus alcoholicus von Seiten der eigenen Mutter auf die Entwickelung deletär eingewirkt haben. Das Bestehen einer Inferiorität wurde schon vom 6. Monate an an der ungeschickten Nahrungsaufnahme erkannt. Er lernte erst mit 4 Jahren laufen und zur selbigen Zeit einige Worte aussprechen. Auch später war die Intelligenz und das Gedächtniss fast als Null zu bezeichnen, Fixirung der Aufmerksamkeit war unmöglich. Somatisch fand sich neben einigen Degenerationszeichen eine Parese der rechten Seite. Krämpfe waren nicht vorhanden. Pat. war trotz der ausgesprochenen Idiotie bildungsfähig und Verf. betonen, dass die Idiotie immer einer Besserung fähig, sobald Krampferscheinungen fehlen. Pat. starb an Diphtherie. Die Section ergab theilweise atrophische wurmartige Windungen von hellerer Farbe und festerer Consistenz. Am stärksten war diese Sclerose an den Parietalwindungen der linken Hemisphäre, die 20 Gramm weniger wog, als die rechte, vorhanden.

IV. Bourneville et Morax: Idiotie symptomatique d'une tumeur cérébrale; Hydrocephalie.

Ein 12jähriger Knabe ohne wesentliche hereditäre Belastung, der in der geistigen Entwickelung etwas zurückgeblieben war, erkrankte im 10. Lebensjahr mit folgenden Symptomen: heftiger Kopfschmerz, Erbrechen, Parese der Beine, gesteigerte Reflexe, Zittern, Incontinenz, Aenderung des Characters, unmotivirte Lach- und Wuthanfälle, vasomotorische Störungen,

Opticusatrophie, Nackensteifheit. Tod im 12. Jahr nach einem Fall vom Stuhle in Folge Schädelbruchs. Die auf tumor baseos cerebri gestellte Diagnose wurde durch die Section bestätigt; es fanden sich multiple Tumoren (kleinzellige Sarcome) an den Wandungen des 4. Ventrikels und an der lateralen Seite des bulbus und des Kleinhirns. Der 4. Ventrikel war fast völlig obliterirt und der dritte, sowie die Seitenventrikel in Folge Compression des aquaeductus Sylvii stark erweitert (Hydrocephalie symptomatique). Die Dilatation der Ventrikel hatte eine Volumvergrösserung des knöchernen Schädels zur Folge gehabt.

V. Bourneville et Morax: Idiotie symptomatique de méningo-encéphalite.

8jähriger Idiot, ohne wesentliche erbliche Belastung, dessen Mutter während der Schwangerschaft starke Gemüthserregungen bestand, war bei der Geburt, die im Uebrigen normal verlief, asphyctisch. Die intellectuelle Entwickelung blieb auf der denkbar niedrigsten Stufe. Krämpfe waren nicht vorhanden. Mit 7 Jahren lernte er laufen, sprechen konnte er nicht. Pat. schlug sich häufig den Kopf an die Wand, hatte fast beständiges Zähneknirschen, Gleichgewichts- und vasomotorische Störungen, häufige Wuthanfalle. Die Diagnose wurde auf idiotie méningo-encephalite gestellt. Von somatischen Veränderungen war neben einem Strabismus concomitans bes. eine typische Trigonocephalie auffallend. Die stark abgeplattete occipitale Schädelfläche bildete die Basis des Prismas; die Frontalregion geht nach vorn spitz zu, das Schädeldach ist abgeplattet und völlig symmetrisch. Die Fontanellen und Näte sind obliterirt. — Pat. ging an einem Lungenleiden zu Grunde. Bei der Section fand sich die Dura stark mit dem Schädeldach verwachsen. Die Pia ist blutreich, stark verdickt und nicht ohne Rindenläsion abziehbar; am stärksten ist diese Affection am Frontallappen. In der Rinde finden sich zahlreiche kleine Hämorrhagieen, die Ventrikel nicht erweitert, Hirngewicht 1400, Windungstypus normal. — Die microscopische Untersuchung ergibt fettige Degeneration der Ganglienzellen und der Gefässwände, vermehrte Bindegewebszellen, stark erweiterte Gefässe in der Innenfläche der Pia, verdickte Windungen derselben, fast völliges Fehlen der Tangentialfasern, Erweiterung der pericellulären Räume. Normale Zellen sind in der Hirnrinde nur in geringer Anzahl zu finden. Trotz des beobachteten Strabismus concomitans erwies sich der Oculomotoriuskern intact und Verf. glaubt, dass der Strabismus hervorgerufen sei durch eine Affection der corticalen Oculomotoriuscentren; er stellt dieselbe in Parallele mit dem im epileptischen und hysterischen Anfall auftretenden, auf einem Convergenzkrampf der Augen beruhenden, Strabismus. — Die Degeneration der zelligen Elemente der Hirnrinde hält Verf. für secundär, das Primäre ist die Affection der Pia.

VI. Bourneville et Isch-Wall: Idiotie complète, Epilepsie, mal de Pott vertébrale.

Ein epileptischer, tuberkulöser Idiot mit malum Pottii war insofern hereditär belastet, als sein Vater tuberkulös und nervös (er litt an Ohnmachtsanfällen) war und sein Grossvater Potator war. — Verf. macht auf diese Reihenfolge der Degenerescenz als bes. typische aufmerksam: abusus alcoholicus — vasomotorische Störungen — Idiotie. — Verstärkt wurden

bei dem Pat. die belastenden Momente durch Gemüthsaffectionen der Mutte während der Schwangerschaft. Schon am 2. Lebenstage traten Convulsione auf, die im 2. Jahre in epileptische Anfälle übergingen. Häufige Ticks bestehend in drehenden Bewegungen des Kopfes, Anschlagen des Kopfe an feste Gegenstände, Zähneknirschen, Gesichtsverzerrungen, Lach- un Weinkrämpfe etc. characterisiren das Bild dieses Pat. Der Tod erfolgt im 9. Lebensjahre im status epilepticus. — Es folgt im Original ein seh ausführlicher Sectionsbericht, aus dem ich nur einiges auf das Central nervensystem Bezügliches referire: Die Pia war verdickt, ödematös mi zahlreichen tuberculösen Granulationen besät. Herderkrankungen nicht nach weisbar. Gehirngewicht 1280. Rechte Hemisphäre schwerer als die linke Der Windungstypus zeigte viele kleinere interessante Abweichungen vo der Norm, deren Beschreibung für das Ref. ungeeignet ist. Das Corpu callosum und corp. striatum erscheinen atrophisch. Die microscopisch Untersuchung constatirt eine tuberkulöse Leptomeningitis an den hintere Wurzeln, eine Degeneration der Goll'schen Stränge und eine leichte inter stitielle Entzündung des Cervicalmarkes; sodann eine Rarification de Vorderhornzellen, erweiterten Centralkanal. Nach abwärts Degeneration i den Seitensträngen.

VII. Bourneville et Séglas: Cas d'hystérie chez l'homme.

3 gute ausführlich beschriebene Beobachtungen von Hysteria virilis

IX. Bourneville et Camescasse: Nouvelle contribution l'étude de la microcéphalie.

8 Fälle von Microcephalie, von denen 5 ausführlich mitgetheilt werden erfahren nach folgenden 4 Gesichtspunkten eine besondere Beurtheilung 1. Hereditäre Verhältnisse, 2. körperliche Entwickelung, 3. Entwickelung der Sexualorgane, 4. Bildungsfähigkeit der Microcephalen.

Ad. 1. Der von Vogt vertretenen Ansicht, dass man die Microcephali theilweise erklären müsse mit Hilfe der atavistischen Theorie, indem e sich auf die Analogie mit dem Affengehirn und -Schädel, sowie darau stützt, dass die Microcephalen häufig ganz gesunden Eltern entstammen kann sich der Verf. nicht anschliessen. Auch konnte er bei genau an gestellten Untersuchungen der hereditären Verhältnisse seiner Microcephale überall eine erhebliche erbliche Belastung, so z. B. Alcoholismus, Geistes krankheit, Krämpfe bei den Eltern und Grosseltern nachweisen. 5 seine Fälle litten schon von früher Kindheit an an Krämpfen.

Ad. 2. Verf. widerspricht der Gratiolet'schen Anschauung, nac welcher die Microcephalen als eine besondere Zwergform anzusehen seien Mehrere seiner Fälle erreichten eine Grösse von 130—165 cm und nu einer hatte eine Körperlänge von 65 cm und zwar erst im Alter von 5 Jahren

Ad. 3. Bezüglich der Geschlechtsorgane vermag Verf. nicht die Gesetz mässigkeit zu erkennen, die von anderen Autoren behauptet wurde. Die Geschlechtsorgane waren in einigen Fällen normal, in anderen abnorm gross in 2 Fällen erwiesen sie sich abnorm klein. Die Zeugungsfähigkeit ist den Microcephalen nicht a priori abzusprechen.

Ad. 4. In allen Fällen erzielte er durch pädagogische und ärztliche Einwirkung einen merklichen, in einigen einen erheblichen Erfolg. Im Allgemeinen ist eine Besserung der Intelligenz und Moral eher zu erzielen, wenn die Microcephalen möglichst früh in Behandlung kommen. — Der grösste Kopfumfang seiner M. schwankte zwischen 41 und 50 cm, er konnte mit fortschreitender Entwickelung eine Vergrösserung dieses Maasses constatiren. Er weist demnach die Behauptung, dass die Microcephalie eine Folge prämaturer Ossification der Schädelknochen sei, zurück. Der erste seiner mitgetheilten Fälle, welcher zur Section kam, hatte ein Gehirngewicht von 490 Gramm (Alter 13 Jahre), welche Reduction der Hirnmasse besonders in einer Entwickelungshemmung der Hinterlappen ihren Grund hatte.

X. Bournevile et Sollier: Contribution à l'étude de la porencéphalie et de la pseudoporencephalie.

Verf. bringen 4 interessante Krankheitsgeschichten mit ausführlichem Sectionsbericht.

1. Fall: Complete Idiotie, ohne Epilepsie, verursacht durch eine rechtsseitige mit dem Ventrikel communicirende Porencephalie, die zweifellos congenitalen Ursprungs ist.

2. Fall: Complete Idiotie, ohne Epilepsie, beiderseits mit dem Ventrikel communicirender porencephalischer Defect der Hemisphären.

3. Fall: Idiotie, ohne Epilepsie, mit rechtsseitiger Hemiplegie. Bei der Autopsie ergab sich ein grosser Defect der linken Hemisphäre, besonders in der Gegend der fossa Sylvii, keine Communication mit dem Ventrikel. Der Defect war Folge eines frühzeitigen destructiven Processes.

4. Fall: Imbecillität mit Epilepsie. Rechtsseitige Hemiplegie seit dem 4 Monat. Linksseitiger Defect ohne Communication, besonders in der Gegend der fossa Sylvii (trotz theilweise Zerstörung der 3. linken Frontalwindung keine aphasischen Symptome).

Verf. glaubt auf eine strenge Unterscheidung von Porencephalie und Pseudoporencephalie hinweisen zu müssen. Erstere besteht in einem auf Entwickelungshemmung beruhenden Defect der Hemisphären, welcher mit dem Ventrikel in Communication steht. Letztere ist ein Substanzverlust in Folge intra vitam auftretender destructiver Processe. (Fall 3 und 4). Bei diesen fehlt fast immer die Communication mit dem Ventrikel. Bei der Porencephalie sind die Windungen strahlenförmig um die Oeffnung gelegen und ragen zum Theil in dieselbe hinein. Bei der Pseudoporencephalie sind sie zum Theil verletzt, der erhaltene Theil erfährt jedoch keine Lagenveränderung. Die Form des Defectes anlangend, ist diese im 1. Fall trichterförmig, im 2. ist er eine breite klaffende Höhle, deren Wände von der weissen Markmasse gebildet werden und von einer fest anhaftenden Membran bedeckt sind. Die Porencephalie ist fast immer mit completer Idiotie vereint.

Lehmann (Werneck).

---

386) **G. Leubuscher** und **Th. Ziehen:** Klinische Untersuchungen über die Salzsäureabscheidung des Magens bei Geisteskranken.

(Verlag von G. Fischer. Jena 1892.)

Die Verfasser haben sich der beträchtlichen Mühe unterzogen, die Magenverdauung bei Geisteskranken in einer grossen Reihe von Analysen

zu studiren. Das Hauptgewicht legten sie dabei auf die quantitative procentuale HCl-Bestimmung, anfänglich durch die Vermuthung geleitet, es könnten bestimmte Beziehungen zwischen HCl-Absonderung und den jeweiligen Psychosen aufgedeckt werden, ein Gedanke, der durch v. Noorden's Mittheilung über diesen Gegenstand aus dem Jahre 1885 nahe gelegt war.

Als quantitative Methode diente die von Sjoqvist angegebene; zur qualitativen Bestimmung wurden die bekannten Farbenreactionen mit Congo, Tropaeolin etc., sowie häufig auch noch Verdauungsproben angestellt. Als Probemahlzeit verabreichte man meist rohes Fleisch mit Wasser, häufig indess auch eine gemischte Mahlzeit oder Thee mit Weissbrod etc. — Die Ausheberung erfolgte 1–4 Stunden nach dem Essen.

Als gesicherte Resultate ihrer Arbeit glauben die Verfasser folgende aufstellen zu können:

„1. Bei Dementia paralytica und Dementia senilis besteht häufig Tendenz zu Hypochlorhydrie, die mit dem psychischen und somatischen Verfall der Kranken zunimmt.

2. Auch bei dem angeborenen Schwachsinn (Imbecillität), sowie der nach functionellen Psychosen secundär auftretenden Demenz zeigt sich eine ähnliche, wenn auch schwächere Neigung zu Herabsetzung der Salzsäuresecretion."

Die Reserve, welche bei der Fassung dieser Schlusssätze beobachtet wird, ist jedenfalls eine sehr lobenswerthe, denn bei dem Studium der beigefügten Tabellen lassen sich in der That nur schwer durchgehende bestimmte Beziehungen erkennen. Wenn man weiter beachtet, dass die verabreichten Mahlzeiten oft recht ungleichartiger Natur und die bis zur Ausheberung verstrichenen Zeiten auch sehr wechselnd waren, so wird einem der Ueberblick bei diesen vielfach sich ändernden Verhältnissen erst recht erschwert.

Da wir über den Ablauf der Magenverdauung beim Gesunden auch noch ziemlich im Unklaren sind, so fehlt leider der erforderliche genaue Vergleich mit normalen Verhältnissen. Erst in neuester Zeit sind wir ja durch Richard Geigel's Untersuchungen über die absoluten HCl-Mengen auf einen bisher unberücksichtigten, sehr wichtigen Factor aufmerksam gemacht worden.

Das Gefühl, dass dieses Kapitel der Pathologie noch lange nicht spruchreif ist, scheint auch die Verfasser beschlichen zu haben, wenn sie schreiben:

> „Es drängt sich bei Durchmusterung unserer Zahlen der Gedanke auf, dass es unter den Geisteskranken, vielleicht auch unter den Geistesgesunden, eine grössere Anzahl von Individuen mit Schwankungen der Salzsäuresecretion gibt — mit einer sehr „labilen Chlorhydrie"."

Johannes Müller (Innere Klinik-Würzburg).

---

387) Dr. **Gräupner**, Arzt f. Electrotherapie und Nervenkrankheiten in Breslau: Electrolyse und Katalyse, ihre Theorie und Praxis, mit 52 in den Text gedruckten Abbildungen.

(Breslau. Preuss & Jünger 1891. 208 Seiten.)

Der mächtige Aufschwung, welchen die Electrotherapie auf dem Gebiete der Electrolyse und Katalyse in den letzten Dezennien genommen hat,

liess die Herausgabe einer zusammenfassenden Uebersicht der bisherigen Beobachtungen und Erfahrungen schon längst als ein Bedürfniss empfinden. Seit Bruns's (1870) und Frommhold's (1874) einschlägigen Lehrbüchern ist in der medicinischen Litteratur keine Arbeit zu verzeichnen, die das Thema in so erschöpfender Weise behandelt hätte, dass der practische Arzt über alle dabei in Betracht kommenden Fragen orientirt würde. — Aus diesem Grunde müssen wir Gräupner Dank wissen, dass er sich der gewiss nicht zu unterschätzenden Mühe unterzogen hat, das ganze Wissensgebiet der Electrolyse und Katalyse einmal im Zusammenhange vorzuführen. Wenn auch als ein Vorzug des Buches anzuerkennen ist, dass der Verfasser die Darstellungsweise sehr objectiv gehalten hat, so wären doch auch eigene Beobachtungen — solche scheinen demselben noch zu fehlen — erwünscht gewesen.

Den Eingang der Schrift bildet eine Geschichte der Electrolyse und Katalyse nebst einer Angabe der darüber existirenden grösseren Abhandlungen. Spielend führt uns der Verfasser sodann in das Verständniss der physikalischen Vorgänge bei beiden Processen ein. Unter Electrolyse versteht man eine Reihe von chemischen Veränderungen, welche in unmittelbarer Umgebung der Pole eines electrischen Stromes bei seinem Durchgang durch Flüssigkeiten eintreten und auf Zersetzung der Flüssigkeitsmoleküle beruhen. Da nun in jeder Gewebszelle Wasser vorhanden ist, so wird auch bei Application der Pole einer galvanischen Batterie auf einen thierischen Organismus das in ihm enthaltene Wasser zersetzt, gleichzeitig damit auch das Zellleben zerstört werden, da letzteres an der intacten chemischen Constitution gebunden ist. Man kann also den electrischen Strom benützen, um organische Gewebe zu zerstören: dieser Destructionsact gilt als „Electrolyse im medicinischen Sinne". Das Thierexperiment lehrt, dass der positive Pol das Gewebe in der Weise beeinflusst, dass dasselbe hart und fest und zugleich retractil wird, der negative dagegen derart, dass es galatinös, durchscheinend, weich wird, kurz fluidisirt. Die Methode wird daher vorwiegend in der Medicin Anwendung finden. Während jedoch dieser Zersetzungsprocess sich nur in unmittelbarer Nähe der Pole abspielt, treten auch in der Strecke zwischen den Polen Veränderungen auf, deren Effect in molecularen Umsetzungen und consecutiven Gewebsmetamorphosen sich geltend macht, ein Vorgang, den Remak als Katalyse bezeichnet hat. Gräupner versteht unter Katalyse jedoch die Summe aller Stromeffecte, die ohne Gewebszerstörung erreicht werden können.

Nachdem der Verfasser die allgemeinen Vorgänge bei der Electrolyse geschildert hat, stellt er die Indicationen für dieses therapeuthische Agens auf, die sich im Grossen und Ganzen mit denen für die chemischen Aetzmittel und das cauterium actuale decken. Wie er in einem späteren Kapitel hervorhebt, zeigt sich jedoch die Electrolyse diesen gegenüber von Vortheil durch die genauere Dosirung, die genauere Localisation des Verschorfungsprocesses, die Anwendung auf sonst weniger zugängliche Körperstellen, ohne dabei das Gesichtsfeld zu verdecken, die geringere Schmerzhaftigkeit, die Blutlosigkeit, die ausbleibenden Folgen der reactiven Entzündung, die damit verbundene Antiseptik und die geringere Alteration der Haut vom Gesichtspunkte der Cosmetik aus. Indessen ist sich der Verfasser

auch gewisser Nachtheile dieses Verfahrens bewusst, vor allem der langen Dauer und der häufigeren Anwendung, sowie des in manchen Fällen ausbleibenden Erfolges, wofür es bis jetzt noch an einer Erklärung fehlt.

Des weiteren beschäftigt sich der Verfasser mit der Frage, welche Stromesgattung, welche Intensität und Richtung anzuwenden ist. Er hebt hierbei die katalytische Wirkung des Inductionsstromes hervor und empfiehlt wegen seiner besonders günstigen Resultate die Combination des constanten mit dem Inductionsstrom. Im allgemeinen wendet man zur Electrolyse jedoch den constanten Strom an; die statische Electricität wird neuerdings wegen ihrer katalytischen Eigenschaften empfohlen. Für die zweite Frage ist der Grundsatz von Wichtigkeit, dass mit der Intensität des Stromes seine atrophirende Kraft wächst; starke Ströme werden daher besonders zur Verkleinerung von Tumoren zur Anwendung kommen.

Technische Fragen (Physikalisches, Beschreibung und Abbildung der zur Electrolyse erforderlichen Elemente, Batterieen, Galvanometer, Electrodenformen u. a. m., Technik der Anwendung) beschliessen den 1. Theil.

Im 2., dem speciellen Theile (S. 112—190) beschäftigt sich der Verfasser mit den einzelnen Krankheiten: 1. des Hautsystems, 2. des Schleimhautsystems, 3. des Drüsensystems, 4. des Muskel-, Knochen- und Gelenksystems, 5. mit der Electricität in der Gynäkologie, 6. mit den Gefässerkrankungen, 7. den malignen Geschwülsten, 8. mit der Electrolyse und Katalyse der Sinnesorgane. Er giebt bei jedem Leiden die Indicationen, Methode und Erfolge der verschiedenen, zumeist ausländischen Electrotherapeuten an und vervollständigt seine Ausführungen durch Zusammenstellung der einschlägigen Litteratur am Schlusse eines jeden Kapitels. Eine ausführlichere Wiedergabe geht über den Rahmen eines Referates hinaus.

Im Anhange endlich bespricht der Verfasser die Medikamentenkataphorese und Diaphorese, die Entziehung der in den Organismus hineingelangten giftigen Metalle mit Hilfe des electrischen Stromes, die Auflösung von Harnsteinen durch den galvanischen Strom. Wir bedauern lebhaft, dass das interessante Kapitel über Kataphorese dabei so kurz ausgefallen ist; hoffentlich entschädigt uns der Verfasser in seiner nächsten Auflage durch eine ausführlichere Darstellung hiervon. **Buschan (Stettin).**

---

388) **A. A. Liébault**: Der künstliche Schlaf und die ihm ähnlichen Zuständlichen Zustände, autorisirte deutsche Ausgabe von Dr. O. Dornblüth, zweitem Arzte der Provinzialirrenanstalt Bunzlau.

(Leipzig und Wien, Franz Deuticke. 1892.)

Habent fata sua libelli, dieser Satz hat sich an Liébault's Buch, das uns jetzt in trefflicher deutscher Uebersetzung von Dornblüth vorliegt, in einer Weise bewahrheitet, wie an wenigen anderen Publicationen. Nicht nur bei seinem ersten Erscheinen auf dem Büchermarkte im Jahre 1866, sondern auch in der Folge während einer grossen Spanne Zeit — etwa 20 Jahre lang — fand das Buch so gut wie keine Beachtung. Der Hypnotismus zählte zur Zeit, als L. seine Erfahrungen und Ansichten über die Erscheinungen des künstlichen Schlafes niederschrieb, nicht zu den Gegenständen, welche die officielle medicinische Wissenschaft einer ernsten Betrachtung würdig erachtete. So stand L. allein und er blieb allein, bis das

durch Hansen in medicinischen Kreisen angeregte Interesse an der Hypnose Bernheim veranlasste, den Dingen, mit welchen sich L. seit langem beschäftigt hatte, näher zu treten. Bernheim hat L. geradezu entdeckt und in die Wissenschaft eingeführt; es ist dies ein entschiedenes Verdienst des Nancyer Professors. Des Weiteren haben aber auch die Arbeiten von Liégeois, Beaunis, Forel u. A. zum Bekanntwerden der Lehren Liébault's erheblich beigetragen.

Der Gesammteindruck, den L.'s Buch hervorruft, ist ein eigenartiger. Man muss gestehen, dass uns in demselben überall die originelle Denkweise und scharfe Beobachtungsgabe des Autors entgegentritt, und trotzdem finden wir es einigermassen verständlich, dass dieses Werk zu seiner Einführung in die Wissenschaft sozusagen eines besonderen Vorspanns bedurfte. Dem Verfasser selbst scheinen die Gründe dieses Umstandes nicht ganz entgangen zu sein. „Begreiflicherweise," bemerkt er, „muss man diesem inmitten der Menschen und doch in der Einöde geschriebenen Werk die Bedingungen anmerken, unter denen es entstanden ist. Mag es denen, die es zum ersten Male lesen, auch noch so wunderlich und befremdend erscheinen ich rühre so wenig wie möglich daran, um ihm seine Ursprünglichkeit zu bewahren." Wunderlich erscheint in der That auch jetzt noch so Manches in L.'s Buch, zwar nicht von den Thatsachen, die er anführt — denn diese sind in der Hauptsache Gemeingut der Wissenschaft geworden —, wohl aber von seinen Interpretationen und von der Art seiner Darstellung. Wir können desshalb auch nicht verhehlen, dass der im historischen Interesse zu begrüssende Entschluss L.'s, dem Buche seine Ursprünglichkeit möglichst zu wahren, dem didactischen Werthe desselben für die Jetztzeit wesentlich Abbruch gethan hat. Liébault's Schrift kann nicht als eine Darstellung des gegenwärtigen Standes der Lehre vom Hypnotismus betrachtet werden. Die psychophysiologischen Anschauungen, zu welchen sich der Autor bekennt, sind zum Theil von einer merkwürdigen Naïvität und nähern sich mehr der älteren Lebensgeistertheorie als den Lehren der heutigen Nervenphysiologie. Auch verräth L. in seinen Ansichten über den Einfluss des Geistes auf den Körper vielfach eine Neigung zur Ueberschwenglichkeit und zum Mysticismus, die nur Wenige zur Gefolgschaft einladen dürfte. Die Hauptrolle in dem psychologischen System L.'s spielt die Aufmerksamkeit, „die wir auch einfach Nervenkraft nennen wollen". „Die Allgegenwart der Aufmerksamkeit im Körper und ihre Fähigkeit, sich von selbst oder auf einen besonderen Einfluss hin auf irgend einen Theil des Nervensystems zu richten, ist die werthvollste Mitgift, die der Mensch besitzt" (S. 4). Die Aufmerksamkeit verdünnt und verdichtet sich je nach Bedarf, sie wendet sich von einem Organe zum andern im Körper, sammelt sich nach Art eines flüssigen Körpers im Gehirne an und richtet sich hier auf ein einziges geistiges Vermögen, z. B. den Verstand, strömt gegen die Enden der Gefühlsnerven und verdichtet sich in diesen, um die Sinneseindrücke deutlicher zu machen, und kehrt im Schlafe wieder zum Gehirn zurück. „Auf der Eigenthümlichkeit der Aufmerksamkeit, sich dahin zu verdichten, wohin sie gerufen wird, und zugleich an anderen Punkten abzunehmen, beruhen alle Erscheinungen des Schlafes und demgemäss auch die, welche das Ergebniss der Einwirkung des Gedankens auf den Körper dar-

stellen.“ (S. 6). Auf der Zurückziehung der Aufmerksamkeit von den Sinnen und deren Verdichtung im Gehirne auf die Vorstellung des Ruhens beruht auch in der Hauptsache die Einleitung sowohl des natürlichen als des künstlichen Schlafes; letzterer unterscheidet sich von ersterem weder in seiner Gestaltung noch in seiner Entstehungsweise; der künstlich in Schlaf Versetzte schläft nur mit der Vorstellung des Hypnotiseurs ein und bleibt dadurch mit diesem in Rapport. L. macht auch das Verschwinden des Müdigkeitsgefühles und den Kräfteersatz während des Schlafes von einer Concentration der Aufmerksamkeit auf einer Vorstellung abhängig. „Die bestimmte Vorstellung, die ermüdeten Theile des Körpers auszuruhen, tritt dann (im Schlafe) an die Stelle des darin empfundenen unangenehmen Gefühls und da dies nicht mehr genährt wird, entschwindet es bald dem Bewusstsein; die den gereizten Organen zugewendete Aufmerksamkeit empfängt einen Antrieb im entgegengesetzten Sinne, nach dem Gehirn zu, sie vertheilt sich wieder gleichmässig über die Gewebe und jedes Ermüdungsgefühl verschwindet. (S. 125).“ „Der Affect hat seinen Sitz im Sympathicus und kann, der Denkanregung des Gehirns folgend, auf Kosten des in den Ganglien aufgespeicherten verdichteten Aufmerksamkeitsvermögens sich offenbaren und besondere Formen annehmen.“ (S. 90). Auch die Verrichtungen der vom Sympathicus versorgten Organe werden durch Vorstellungen regulirt, welche aus den vom Sympathicus dem Gehirn zuströmenden Empfindungen sich bilden. „Es ist jetzt vollkommen klar, dass die inneren Vorgänge der Aufnahme und Ausscheidung die Folge dauernder Gedanken sind, die aus den inneren Empfindungen entspringen und im Gehirn verarbeitet werden und — allerdings ohne dass wir uns ihrer direct bewusst sind — die Ausbildung, Unterhaltung und Wahrung des Wesens zum Ziele haben“ (S. 86). „Der Körper ist der Ausdruck von Gedanken, die im Gehirn Gestalt gewinnen und gleichzeitig, uns unbewusst, aber in einem besonderen Bewusstsein geistig vertreten sind und vom Gehirn auf die empfindenden und ernährenden Endigungen des Sympathicus zurückwirken“ (S. 87). — „Wenn die Aufmerksamkeit, indem sie sich den Geweben vermehrt oder vermindert zuwendet, diese nicht nur als Beruhigungs- und Anregungsträger, sondern auch als Gleichgewichtsträger in so hohem Grade beeinflusst, so besteht zwischen ihr und dem von ihr abhängenden Organismus eine ebenso enge Beziehung, wie in einer Uhr zwischem dem Ablauf der Zeit und dem Hammer, der die Stunden schlägt oder dem Zeiger, der sie angibt. Unter dem zauberischen Einfluss des Gedankens formt der Körper sich wie weiches Wachs; er ist der Sclave und jener der Herr“. (S. 127).

Diese Stichproben dürften genügen, um die zum Theil naiv-originellen psychophysiologischen Auffassungen L.'s einigermassen in's Licht zu setzen. Um dem Autor Gerechtigkeit widerfahren zu lassen, dürfen wir jedoch nicht übersehen, dass dieselben in einer 1866 veröffentlichten Schrift enthalten sind und es Liébault wohl möglich gewesen wäre, seiner Darstellung eine mehr modern-wissenschaftliche Gewandung zu verleihen.

Das Buch L.'s zerfällt in zwei Theile und einen Anhang. Im ersten Theile werden die Entstehung des gewöhnlichen und besonders des künstlichen Schlafs, der Schlaf im Allgemeinen, der oberflächliche Schlaf und der künstliche tiefe oder somnambulische Schlaf abgehandelt. Der zweite Theil

beschäftigt sich mit der Nachahmung, der Fascination und anderen Erscheinungen derselben Art, körperlichen Erscheinungen hypnotischen Ursprungs, die falschen Ursachen zugeschrieben werden (magnetisches Pendel, Wünschelruthe, Tischrücken), dem Spiritismus, der Besessenheit, endlich geistigen Erscheinungen hypnotischen Ursprungs, die falschen Ursachen zugeschrieben werden — Erscheinungen und anderen Hallucinationen. Die neueren Erfahrungen des Autors finden zum Theil in gelegentlich angefügten Anmerkungen, zum Theil in dem Anhange Berücksichtigung. Dieser umfasst Mittheilungen über: L.'s Verfahren beim Einschläfern, die Eintheilung der Grade des künstlichen Schlafes, ein Protocoll über 3 Fälle von geistiger Suggestion, endlich Suggestionswirkungen. Die betreffenden Thatsachen sind übrigens schon anderweitig (Journal du Magnetisme, Revue de l'hypnotisme) von Liébault u. A. veröffentlicht worden. Von den Einzelheiten der Schrift L.'s möchte ich hier nur noch das im Abschnitt X des ersten Theiles unter dem Titel „Erziehung vor der Geburt" Mitgetheilte kurz berühren. Die Ansichten, welche L. hier äussert, scheinen bisher wenig bekannt geworden zu sein, obwohl sie die grösste und allgemeinste Beachtung verdienen. L. geht von der durch eine Reihe von Beobachtungen gestützten Annahme verschiedener Autoren aus, dass der Gemüthszustand des Vaters und der Mutter im Augenblicke des Beischlafs auf die künftige Sinnesart, die Fähigkeiten und die Gesundheit des neuen Wesens Einfluss hat. Wenn der Affect der Eltern während des kurzen Befruchtungsvorganges sich dergestalt dem neuen Wesen aufdrückt, so muss man nach L. um so mehr folgern, dass eine erregbare Mutter durch Gedanken, die sich Monate hindurch wiederholen, die künftigen Eigenschaften ihrer Frucht beeinflussen kann. „Wenn überdies die Mutter in tiefen Schlaf versetzt und dann durch die Suggestion beeinflusst wird, muss diese geistige Bebrütung auf ihre Frucht noch viel stärker einwirken als unter den günstigsten Bedingungen im Wachen." L. hat auch den Versuch gemacht, auf experimentellem Wege seine Ansicht zu erhärten, indem er drei hypnotisirten Schwangeren die von ihnen für ihre Kinder gewünschten Eigenschaften suggerirte. Leider starben von den betreffenden 3 Kindern 2; in dem dritten Falle hatte die Mutter für das Kind nur Artigkeit, Klugheit und Schönheit gewünscht, was L. als zu viel erkannte. In der That zeigte das Mädchen als Erwachsene keine hervortretenden Eigenschaften oder Fehler. Die Frage, ob und in wie weit sich durch Suggestion die geistige und körperliche Veranlagung der Frucht beeinflussen lässt, bleibt somit vorerst noch eine offene, verdient aber jedenfalls eine eingehende Prüfung.

L. Löwenfeld.

---

389) Dr. **Arthur Sperling** (Berlin): Electrotherapeutische Studien.
(Leipzig, Th. Grieben's Verlag (L. Fernau) 1892.)

Es erheischt heutzutage einen gewissen Muth, mit einer neuen electrotherapeutischen Methode vor das ärztliche Publikum zu treten. Die augenblickliche Strömung in der Medicin ist bekanntlich der Electrotherapie nicht sehr günstig und einer der Hauptvorwürfe, die gegen dieselbe gerichtet werden, lautet auf Ueberladung mit Methoden von zweifelhaftem Werthe. Es ist daher gewiss am Platze, dass wir bei Ankündigung einer neuen Methode electrischer Behandlung etwas eindringlicher nach deren Fundirung

forschen, als dies bisher zu geschehen pflegte. Wir können kein Verfahren acceptiren, vermittelst dessen Fälle in 14 Tagen geheilt werden, deren Heilzeit bei Mangel jeder Behandlung ungefähr 2 Wochen beträgt. Wir müssen auch beanspruchen, dass als Beweisfälle nicht lediglich oder vorwaltend solche beigebracht werden, bei welchen erfahrungsgemäss suggestive Beeinflussung allein schon bedeutende Erfolge erzielt. Ferner können wir nicht von dem Nachweise absehen, dass während der electrischen Behandlung keine Aenderungen in den Verhältnissen des Patienten eintraten, welche auf dessen Zustand günstig einzuwirken vermochten. Es kommt ja bekanntlich nur zu häufig vor, dass die Besserung, welche durch Ruhe, geeignetere Ernährung, reichlichere Körperbewegung etc. bedingt ist, einfach der zufällig geübten Behandlung (im engeren Sinne) zugeschrieben wird.

Sperling hat sich durch der Zeiten Ungunst nicht abhalten lassen, uns in seinen electrotherapeutischen Studien mit der von ihm seit mehreren Jahren angewandten Methode bekannt zu machen. Dieselbe besteht in dem Gebrauche von Stromdichten von 0,25/50 — 0,5/50 bei einer Sitzungsdauer von einer Minute (selten 2—3 Minuten). Diese Stromdichte soll nach Sp. eine unzweifelhafte therapeutische Wirkung bei Krankheitszuständen des Nervensystems ausüben und zwar in so günstigem Sinne, dass sich aus dieser Thatsache eine neue Methode der Electrotherapie begründen lässt. „Die Vorzüge dieser neuen Methode vor der bisher geübten können schon heute als unbestreitbar angesehen werden.“ Dies die Ansicht Sperling's.

Sehen wir nun zu, wie es sich mit der Erfahrungsgrundlage der empfohlenen Methode verhält, in wie weit die Mittheilungen Sp.'s den oben erwähnten Anforderungen gerecht werden, so müssen wir gestehen, dass der Befund kein der Meinung des Autors allzu günstiger ist. In den Fällen, über welche Sp. berichtet, handelt es sich zum bei weitem grössten Theile um Neuralgien, Kopfschmerz und andere durch Schmerz sich characterisirende Affectionen, ferner neurasthenische und hysteroneurasthenische Zustände, nervöse Dyspepsie, Beschäftigungsneurosen u. dergl. Dieses Beobachtungsmaterial ist an sich sehr wenig geeignet zur Begründung einer neuen Behandlungsmethode, und zwar aus dem Grunde, weil in diesen Fällen die psychische Beeinflussung allein sehr viel zu thun vermag. Betrachten wir aber die angeführten Fälle des Näheren, so werden unsere durch das verwerthete Material an sich schon angeregten Zweifel bezüglich der behaupteten Vorzüge der Sperling'schen Methode noch sehr erheblich verstärkt; ja wir fürchten sehr, dass einzelne der mitgetheilten Curen für die auf Discreditirung der Electrotherapie gerichteten Bestrebungen mancher Autoren eine willkommene neue Stütze bilden werden. Da wird z. B. eine Intercostalneuralgie von viertägiger Dauer als in 4 Sitzungen geheilt angegeben. Eine durch Bleiintoxication bedingte Magendarmneurose wird durch $2^1/_2$-monatliche Behandlung fast vollkommen curirt. Ferner figuriren unter den Mittheilungen Fälle von frischer Facialislähmung, in welchen keine electrodiagnostische Prüfung vorgenommen wurde; in einem Falle leichter Facialislähmung, der electrisch untersucht wurde, wird aus dem Wegbleiben des Patienten nach der 4. Sitzung gefolgert, dass bei demselben vollkommene Herstellung der Function eingetreten sei, als ob bei der geringen durch eine Facialisparese verursachten Belästigung ein mit solcher Behafteter nicht

auch auf weitere Behandlung verzichten könnte. Die Frage, ob die Intercostalneuralgie, die Magendarmneurose u. s. w. in der Zeit, welche ihre Behandlung in Anspruch nahm, nicht auch ohne Behandlung zur Heilung gelangen konnten, wird nicht einmal gestreift; wir erhalten auch in keinem Falle eine Aufklärung darüber, in wie weit an dem erzielten Heilerfolge Aenderungen der Lebensweise, gelegentlich neben der Electricität gebrauchte Heilmittel etc. Antheil haben konnten. Bei alledem verbleibt eine Anzahl von Fällen, in welchen die Wirksamkeit des angewandten electrotherapeutischen Verfahrens keinem Zweifel zu unterliegen scheint. Diesen Beobachtungen gegenüber müssen wir daran erinnern, dass der Gebrauch geringer Stromdichten ($^1/_{50}$ und darunter) für einzelne Fälle schon früher von verschiedenen Autoren (von Lewandowsky und dem Referenten z. B.) empfohlen wurde und jedenfalls auch schon lange üblich ist. Verdienst Sperling's bleibt es nur, wahrscheinlich gemacht zu haben, dass sich auch bei manchen Affectionen — so z. B. bei Tabes — bei welchen man bisher mit sehr geringen Stromdichten nicht zu operiren pflegte, solche gelegentlich mit Nutzen verwerthen lassen. Bei dieser Sachlage können wir uns natürlich nicht der Erwartung hingeben, dass die Methode Sperling's die bisher üblichen electrotherapeutischen Verfahren verdrängen wird. Dass übrigens auch die von Sp. proponirte Benützung von Electroden von gleicher Grösse (50 □-cm) bei allen zur Behandlung gelangenden Affectionen nicht einen Fortschritt, sondern einen Rückschritt bezeichnet, bedarf, wie wir glauben, keiner eingehenden Begründung. L. Löwenfeld.

---

390) **Annual of the Universal Medical Sciences.**

Edited by **Gharles E. Sajons** M. D. and seventy associate editiors.

(The F. A. Davis Company 1892.)

Dieser in 5 Bänden erschienene Jahresbericht muss geradezu als musterhaft bezeichnet werden. Für die Psychoneurologie kommen wesentlich folgende Kapitel in Betracht: Diabetes mellitus by Allen J. Smith, Diseases of the Brain by Landon Carter Gray assisted by Pritschard and Schultz, Diseases of the Spinal Cord by Birdsall, Peripheral nervous diseases, musculair dystrophies and general neuroses by Philip Coombs Knapp, Mental diseases by George H. Rohé, Surgery of the brain, spinal cord and Nerves by John Packard, Syphilis by William White, Surgical diseases by Tiffany and Warfield, Traumatic Neuroses by Booth, Ophthalmology by Oliver assisted by Westcott, Diseases of the thyroid gland by Hooper and Clark; Inebriety, Morphinisme and kindred diseases by Birdsall, Legal Medicine and Toxicology by Draper, Medical demographie by Gihon, Histologie and microscopical Technologie by Brown, Electro-Therapeutics by Rockwell assisted by Hance, Anomalies and monstrosities by Sudduth assisted by Sangree, Physiologie by Howell.

Die Ausstattung dieses Werkes ist sehr reich und zwar an richtiger Stelle. Besonders den Anstaltsbibliotheken wird es zu grosser Zierde gereichen. Sommer (Würzburg).

---

391) **Charcot**: Poliklinische Vorträge, übersetzt von Sigmund Freud. Wien. I. Lieferung.

(Deuticke-Wien 1892.)

Diese poliklinischen Vorträge enthalten eine Fülle von Belehrung in einer ausserordentlich spannenden Form. Man kann diese Wechselreden zwischen Charcot und den Patienten, diese Monologe des Meisters, in welchen er sich sozusagen laut denkend den Fall zurechtlegt, — diese weitblickenden Belehrungen der Zuhörer, welche man sich rings in der Scene denken muss, — dieses Auftreten von Nebenfiguren, wie z. B. die eines percutirenden oder referirenden Assistenzarztes, am besten als neurologisches Drama bezeichnen. Aus dieser Analyse wirklich gegebener Fälle lernt man, wenn überhaupt einmal aus Büchern und nicht aus dem Leben gelernt werden muss, viel mehr, wie aus den zusammenfassenden Urtheilen, aus welchen sich die Lehrbücher nothwendiger Weise zusammensetzen müssen.

Auf den Inhalt komme ich zurück, sobald die weiteren Lieferungen erschienen sind. Dem Uebersetzer wird sich jeder Leser zu Dank verpflichtet fühlen. Sommer (Würzburg).

---

392) Dr. med. **Ralf. Wichmann**: Der Werth der Symptome der sogenannten traumatischen Neurose und Anleitung zur Beurtheilung der Simulation von Unfall-Nervenkranken für Krankenkassenärzte und Medicinalbeamte.

(Braunschweig 1892. Vieweg & Sohn. 103 Seiten)

Zu dem Streite über die Existenzberechtigung der traumatischen Neurose bietet die vorliegende Abhandlung Wichmann's einen werthvollen Beitrag. Sich stützend auf eine eigene reiche Erfahrung und eine tiefere Sach- und Litteraturkenntniss weist der Verf. nach, dass sämmtliche Symptome dieser als einheitlicher Complex hingestellten Krankheit nicht für dieselbe characteristisch sind, sondern auch Theilerscheinungen einer Anzahl anderer Nervenkrankheiten, wie Hysterie, Neurasthenie, Alcoholneuritis u. a. m. sein können, ferner simulirbar sind und in der That gelegentlich simulirt werden. Eine Anzahl Krankengeschichten begleiten diese Auseinandersetzungen. Am Schlusse des Buches ist der Leser über die „traumatische Neurose" im Grunde genommen nicht klüger geworden als am Anfang. Der Verfasser überlässt es ihm, sich selbst das Facit zu ziehen; denn er lässt die Frage über die Berechtigung, in der traumatischen Neurose eine Krankheit sui generis zu erblicken, absichtlich offen. Wie indessen aus dem Inhalt des Schriftchens hervorgeht, will er diese Existenzberechtigung nicht gerade abstreiten. Er empfiehlt jedoch, bei der Untersuchung eines solchen Kranken gar nicht an traumatische Neurose zu denken, sondern vielmehr den betreffenden Fall stets in die altbekannten, präciseren und von allen Aerzten auch anerkannten übrigen Krankheitsbilder einzureihen zu versuchen.

Gerade der practische Arzt findet in dem Schriftchen eine Fülle von Belehrung und Vorschlägen über die Entlarvung der Simulation und aus diesem Grunde dürfte sich dasselbe für diesen recht empfehlen.

Buschan-Stettin.

---

393) **M. Benedikt:** Ueber Neuralgieen und neuralgische Affectionen und deren Behandlung.

(Klinische Zeit- und Streitfragen, herausgegeben von Prof. Dr. Joh. Schnitzler, VI. Band, 8. Heft, Wien 1892.)

Ein äusserst inhaltsreicher und interessanter Aufsatz des erfahrungsreichen Wiener Neurologen. Vortheilhaft zeichnet er sich vor anderen Schriften durch die zahlreichen und werthvollen therapeutischen Vorschriften aus, die B. in seiner 30jährigen Praxis gesammelt hat und für deren Mittheilung man B. dankbar sein muss. Ein Referat kann das Studium der Arbeit nicht ersetzen. Wir verweisen also auf das Original. Die knappe, eigenartige Diction B.'s mit ihren kurzen Sätzen enthält fast in jeder Zeile etwas, was der Beachtung werth ist.

B. theilt die Neuralgieen resp. Algieen in folgende Gruppen:

1. Erkrankungen der Nervenstämme und Plexus: eigentliche Neuralgieen.
2. Erkrankungen der Nervenwurzeln und ihrer Einstrahlungen in das Nervensystem: excentrische Algieen.
3. Topische periphere Algieen und zwar circumscripte u. Flächenalgieen.
4. Flächenalgieen in den Gehirnhüllen als Begleiterscheinung organischer intracranieller Erkrankungen.
5. Sensorielle Algieen, wohin B. auch die Migräne rechnen will.

Aus der Therapie sei folgendes hervorgehoben:

I. Therapie der peripheren Algieen der Stämme und Plexus.

Acute Neuralgieen: Warnung vor dem Missbrauch der Narcotica und der Antipyretica. „Sie täuschen den Arzt und den Kranken über den Verlauf des Leidens und bedingen das Verpassen der günstigen Zeit für eine active Behandlung". Empfehlung von Salicyl- und namentlich Jodpräparaten, Carbolinjectionen, Electricität, Points du feu. „Diese beiden letzten Methoden", sagt B., „sind bei idiopathischen Neuralgieen im engeren Sinne so sicher wirkend, dass man den Ausspruch thun kann und muss, dass das Chronischwerden einer peripheren Neuralgie nur 2 Dinge bedeuten kann, entweder dass sie nicht richtig behandelt wurde oder dass sie keine idiopathische Erkrankung war". „Das Chronischwerden einer idiopathischen Neuralgie bedeutet einen Kunstfehler".

Chronische Neuralgieen: Auch hier empfiehlt B. die Points du feu. Heilen diese einmal nicht, so wirken nach ihnen die vorher unwirksamen andern Heilmethoden. Es werden dann Heilgymnastik, Massage, Thermen Hydrotherapie, Duschen besprochen.

II. Therapie der spinal-excentrischen algischen Affectionen.

Es werden besprochen: Wurzelalgieen, Pachymeningitis cervicalis hypertrophica, Algieen bei Spondylitis. Hier wirken Points du feu. Unsicher sind diese jedoch bei tabetischen Algieen. Hier empfiehlt B. continuirlichen Gebrauch von lauen Halbbädern von 25°—20° R; manchmal Secale im entzündlichen Stadium, Salicyl, Phenacetin, Antipyrin, Antifebrin; vor allem aber Ischiadicusdehnung, am besten die blutige. „Glänzende Resultate, die ich von dieser Operation bei meinen ersten betreffenden Versuchen hatte und der geringe Respect, den ich vor zeitgenössischer Weisheit in der Medicin habe, bewogen mich, den therapeutischen Eingriff nicht aufzugeben, als die Modethorheit denselben ebenso rasch begrub, als sie ihn kurze Zeit ohne gehörige Kritik übermässig pries".

III. Therapie der topischen Algieen der peripheren Endausbreitungen der Nerven.

Zur Behandlung der idiopathischen terminalen Algieen: schmerzhafte Affectionen der Haut, Muskeln, Sehnen, Knochen empfiehlt B. Jod und Carbolinjectionen, Electricität, Massage, warme Bäder, hydrotherapeutische Einhüllungen, locale Blutentziehung, Schröpfköpfe, Vesicantiem, Dampfbäder. Unter einer Reihe besonderer Formen von hierhergehörigen Neuralgieen werden die Kephalalgieen besonders eingehend besprochen und auch hier mit Recht die Electricität warm empfohlen. — Neben einer Reihe anderer Mittel werden die derivirenden Methoden erwähnt. Nach Erwähnung der als Suturenneuralgie beschriebenen besonderen Form geht B. zu den Rachialgieen und zu ihrer Therapie über. Hier hebe ich hervor: Behandlung mit Chapman'schen Schläuchen, durch Bestäuben mit Schwefeläther (es sei hier erwähnt, dass wir die Besprechung der Behandlung mit Monochlormethan und Aethylchlorid vermisst haben), Metallotherapie, Magnetotherapie u. s. w.

Dann folgt die Besprechung der Therapie der Migräne und darauf Bemerkungen über hysterische Algieen. Es sei hier besonders Metallotherapie und Hypnose hervorgehoben.

Ein ausführliches Kapitel nimmt die Abhandlung über den Tic douloureux und die besondere Berücksichtigung seiner operativen Behandlung ein. Nachdem B. die Electrisation empfohlen, der Carotidencompression gedacht hat, empfiehlt er die Nervenzerreissung, da die Hauptwirkung durch die Dehnung hervorgebracht wird, „wenn man bei Anwendung der Galvanisation nicht innerhalb spätestens 10—14 Tagen eine eclatante Besserung erhält".

R. Wichmann (Braunschweig).

---

394) **C. S. Freund**: Schemata zur Eintragung von Sensibilitätsbefunden. (Verlag von A. Hirschwald, Berlin 1892.)

Die Schemata sind zum Abreissen eingerichtet, in Form eines Heftes zusammengestellt und dienen zur Erleichterung der Uebersicht von durch ein- oder mehrmalige Untersuchung der Hautsensibilität erlangten pathologischen Befunden. Sie erscheinen dadurch besonders zweckmässig und anderen vorzuziehen, dass in die Umrisse der menschlichen Figur nicht bloss die Hautnervengebiete mit starken Linien eingezeichnet sind, sondern auch die Muskel- und Skelettcontouren durch schwächere Linien dargestellt sind. Für die Muskelcontouren dienten die Weber'schen Wandtafeln als Vorlage. Die Nervengebiete sind vorzugsweise nach den bekannten Darstellungen von Heiberg resp. Henle und Rüdinger wiedergegeben.

R. Wichmann.

---

395) **H. Unverricht**: Die Myoclonie. Mit 3 Curventafeln. (Leipzig und Wien. F. Deutike. 1891.)

396) **G. Lehr**: Die nervöse Herzschwäche (Neurasthenia vasomotoria) und ihre Behandlung. (Wiesbaden. J. F. Bergmann. 1891.)

397) **Th. Kölliker**: Die Verletzungen und chirurgischen Erkrankungen der peripherischen Nerven. Lieferung 24 b aus „Deutsche Chirurgie". (Stuttgart. F. Enke. 1890.)

Durch unverschuldete Versäumniss kommen wir leider erst jetzt zu einer Besprechung der drei vorgenannten Bücher. Sie sind den Lesern

dieses Centralblattes jedenfalls längst bekannt und glauben wir aus dem Grunde, von einem eingehenderen Referat absehen zu dürfen.

Ad. 1. U. schickt seinen Ausführungen über Myoclonie die Beschreibung von 5 eigenen Fällen, Kinder einer Familie, vorher, bei welchen im Alter von 6—13 Jahren nächtliche Krampfanfälle aufgetreten waren, die mit clonischen Zuckungen begannen und in allgemeinen Tonus übergingen. Die Krämpfe werden echter Epilepsie gleichgestellt. Dieses 1. Stadium der Krankheit dauert ziemlich lange, ehe das 2. auftritt, das durch am Tage entstehenbe clonische Muskelzuckungen eigener Art characterisirt ist. Es sind blitzähnliche, arythmische Zuckungen, welche nur einzelne Muskeln oder Theile solcher, aber keine synergisch zusammenwirkende Muskelgruppen befallen, von Willensanstrengungen besänftigt, von Gemüthserregungen gesteigert werden.

Im Anschluss an diese 5 Fälle bespricht U. die Differentialdiagnose der Myoclonie von Chorea minor, Chorea electrica, Tic convulsif, hysterischen Krämpfen, der sog. Tetanilla (Althaus), dem Convulsive tremor (Hammond) und stellt mit Benutzung der bisher beschriebenen Fälle 5 Gruppen auf. Der Aetiologie und pathologischen Anatomie folgen Ausführungen über Prognose und Therapie. Der Arbeit sind 3 Curventafeln beigegeben zur Illustration der Muskelzuckungen. —

Ad. 2. Klagen über abnorme Function des Herzens sind bei Neurasthenischen ausserordentlich häufig. Es ist desshalb auf sie immer mit Recht das ganz besondere Augenmerk des Arztes zu richten. Ihre Beschreibung in den Schriften über Neurasthenie ist dementsprechend ausführlich und zahlreich. Lehr hat in vorliegender Schrift einen interessanten Beitrag zu diesem Kapitel der nervösen Herzschwäche geliefert. Er theilt die Fälle in 3 Gruppen ein, von denen die eine dem excitomotorische, (Reiz-)Stadium, die andere dem depressorischen (Lähmungs-)Stadiumentspricht, indem er sich an die Beschreibung von Rosenbach in Eulenburg's Realencyclopaedie anlehnt. Diesen beiden Gruppen schliesst L. noch eine dritte, die atonische Form an, dereren Pulscurve ein deutlich dicrotes resp. unterdicrotes Gepräge trägt. Zwischen den Gruppen kommen Uebergangsformen vor. Instructive Abbildungen von Pulscurven werden mitgetheilt, die an der Radialis mit den Riegel'schen Sphygmographen gewonnen sind. Zur Controlle hat L. auch den Blutdruck mit dem v. Basch'schen Metallsphygmomanometer gemessen und sich entsprechende Resultate gewonnen. Nachdem er einen Versuch gemacht hat, die physiologische Erklärung für die nervöse Herzschwäche zu geben, bespricht er eine Reihe von ätiologischen Momenten, sowie die Differentialdiagnose von Tachycardie, Myocarditis, Angina pectoris und Morbus Basedowii, ferner die Prognose und Therapie. Casuistik schliesst das lesenswerthe Buch.

Ad. 3. Das vorliegende Buch bildet die 24. Lieferung des grossen Werkes „Deutsche Chirurgie“, welche von Prof. Billroth und Prof. Luecke herausgegeben wird. Es reiht sich den übrigen Bänden dieses grossen Werkes würdig an. Verf. behandelt ausführlich folgende Kapitel: Verletzungen, Fremdkörper, Entzündung und Operationen der peripherischen Nerven und zum Schluss die Hypertrophieen und Geschwülste der Nerven. Auf Einzelnes kann hier leider nicht eingegangen werden. Der Arbeit ist ein reiches Litteraturverzeichniss beigegeben. R. Wichmann.

398) **H. Bernheim.** Neue Studien über Hypnotismus, Suggestion und Psychotherapie, übersetzt von Dr. Sigm. Freud (Wien).
(Leipzig und Wien. Franz Deuticke. 1892.)

Der Titel der neuen Schrift B.'s ist geeignet, bezüglich des Inhalte derselben irrthümliche Vorstellungen hervorzurufen. Neue, anderwärts nich veröffentlichte Thatsachen von principieller Bedeutung enthält die Arbei nicht. Dieselbe soll nach Bernheim eine Ergänzung zu seinem im Jahr 1886 veröffentlichten Werke „Die Suggestion und ihre Heilwirkungen" bilden. De facto beschäftigt sich jedoch die neue Arbeit wenigstens in de Hauptsache mit denselben Gegenständen wie die frühere, nur die Anordnun des Stoffes ist eine verschiedene. Während in der älteren Publication zu nächst das Thatsächliche der Hypnose und Suggestion besprochen un sodann eine Theorie zur Erklärung der betreffenden Phänomene aufgestell wird, geht B. in dem neuen Werke von einer psychologischen Theorie de Hypnose und Suggestion aus und erörtert daran anknüpfend die wichtigste Erscheinungen des hypnotischen Zustandes. Ein besonders sehr lesens werthes Kapitel wird der verbrecherischen Suggestion gewidmet, auch di Beziehung der Hysterie zur Hypnose eingehender behandelt als dies in den früheren Werke geschah. Den Haupttheil des Buches bilden „klinisch Beobachtungen" i. e. Krankengeschichten, welche die Leistungen der Sug gestionstherapie bei den verschiedensten Krankheitsformen darzulegen be stimmt sind.

Von dem reichen Inhalte der Arbeit kann hier natürlich nur einige berührt werden. Die in der Lebensführung so mancher Personen (speciel der psychopathisch Minderwerthigen Koch's) zu beobachtenden Widersprüch und Inconsequenzen betrachtet B. als Analoga — als abortive Formen so zusagen — jener Zustände, bei welchen man von Verdoppelung der Persön lichkeiten spricht. Den sogenannten classischen Anfall der grossen Hysterie der sich nach der Schule der Salpetrière wie ein Rosenkranz in bestimmten scharf abgetrennten Absätzen abspielt, erklärt er für ein Kunstproduct Die Regelmässigkeit in der Succession der 4 bekannten Phasen ist nach B Erzeugniss einer unbeabsichtigten Schulung. Eine Hysterische reproducir einfach das, was sie bei der anderen gesehen hat. Mit dieser Annahm geht B. wohl etwas zu weit. Richer hat schon bemerkt, dass der complet Anfall der grande hysterie im Verhältnisse zu den mannigfachen Modifica tionen desselben selten beobachtet wird; von dem Referenten wurde andrer seits gezeigt, dass die grosse Hysterie, so wie sie von Charcot und Riche geschildert wurde, auch in Deutschland unabhängig von jeder Suggestio und Imitation vorkommt (Archiv für Psychiatrie, Band XXII, Heft 3).

In dem therapeutischen Theile der Arbeit bemüht sich der Autor — vielleicht mehr als früher — die Leistungen der Suggestionstherapie i objectiver Weise darzulegen und die Grenzen ihres Wirkungskreises festzu halten. Während er die Hysterie für der Suggestion um so zugänglicher für um so leichter heilbar erklärt, je reiner und echter sie auftritt, erachte er die auf dem Boden der Hysterie erwachsenden neurasthenischen Symp tome und die reine Neurasthenie für ein weniger günstiges Object de Suggestivbehandlung, die hereditäre Neurasthenie für überhaupt unheilbar was unseren Erfahrungen (soweit die N. in Betracht kommt) völlig ent

spricht. Dass Geisteskrankheiten durch Suggestion nicht zu heilen sind und bei echter Epilepsie und epileptischem Schwindel durch Hypnose keine nennenswerthen Resultate erzielt werden, gesteht B. gleichfalls unumwunden zu. Der Morphinismus ist nach B. durch Suggestion leicht zu beseitigen, wenn die gebrauchten Dosen geringe sind; bei Einverleibung grösserer Mengen stösst die Suggestivbehandlung auf grosse Schwierigkeiten; die schlimmeren Morphinisten sind schwer suggerirbar, doch gelingt ihre Heilung, wenn auch nicht durch Hypnose allein, wenigstens durch fortgesetzte moralische Suggestion in Verbindung mit Isolirung und strenger Ueberwachung.

Bei der Entstehung der sogenannten hysterogenen Zonen spielt nach B. die Suggestion eine grosse Rolle. Die Ovarialgegend besitzt keine stärkeren hysterogenen Eigenschaften als andere Stellen in ihrer Umgebung. Man kann nach Belieben hysterogene Punkte auf suggestivem Wege an den verschiedensten Körperstellen hervorrufen und durch Druck auf dieselben die gleichen Erscheinungen erzeugen, wie durch Druck auf die Ovarialgegend. Sehr mit Recht betont B. die Gefahr, der man bei Hysterischen und Neuropathischen ausgesetzt ist, durch unbewusste oder unbeabsichtigte Suggestion Krankheitssymptome zu schaffen. „Man erzeugt Neuralgien, hysterogene und hypnogene Zonen, man schafft Anästhesie, selbst Fälschungen der Krankheitsgeschichte, man drängt dem Kranken die eigenen Gedanken auf, stellt eine Beobachtung mit den vorgefassten Vorstellungen, die man im Kopfe hat, an; denn das oft bis zum Uebermaass suggerirbare und lenkbare Gehirn der Neuropathischen setzt alle Eindrücke, die man in ihm niederlegt, in Empfindungen und Erinnerungen um" (S. 117). In sehr lehrreicher Weise demonstrirt dies B. an einem Falle traumatischer Neurose durch suggestive Erzeugung einer sensitiv-sensoriellen Hemianästhesie. Auch die Sistirung hysterischer Anfälle durch Druck auf die hysterogene Ovarialzone beruht nach B. auf Suggestion. Der Druck soll nur dann wirken, wenn die Kranke weiss, dass derselbe dem Krampfe Einhalt thun soll.

Referent kann dieser Auffassung nicht ganz beipflichten, da er Sistirung hysterischer Anfälle durch Druck auf diese Gegend bei Personen zu bewirken vermochte, welche von einer besonderen Wirksamkeit des fraglichen Druckes keine Ahnung haben konnten. Auch die genaue Localisirung und die Intensität des Schmerzes beim runden Magengeschwür führt B. auf suggestive Beeinflussung bei der ärztlichen Untersuchung zurück, ebenso zum Theil die Valleix'schen Schmerzpunkte bei Ischias, ja die Localisation des Schmerzes bei Ischias überhaupt. Dass durch geduldige, consequent längere Zeit fortgesetzte Wachsuggestion unter Umständen mehr zu erreichen ist, als durch die hypnotische Suggestion, erläutert B. an einem Falle von „nervös-arthritischer" Contractur bei einem Mädchen, bei welchem B. viele Male in der Hypnose ohne Erfolg die schmerzhafte Contractur zu lösen versucht hatte, während es der Spitalschwester durch sanfte und geduldige Suggestion in einigen Wochen gelang, die Contractur zu beseitigen.

Wie die Dinge derzeit noch liegen, müssen wir das neue Buch Bernheim's als eine Bereicherung der hypnotischen Litteratur ansehen und die Lectüre desselben sowohl denjenigen empfehlen, welche sich practisch mit Suggestivtherapie befassen wollen, als denen, die lediglich Aufklärung über die Leistungen dieser therapeutischen Methode zu erlangen wünschen. In-

dess welche Unbedachtsamkeit, die Lectüre dieses Buches zu empfehlen, das in hohem Masse geeignet ist, dem suggestionistischen Spuk weitere Gläubige in ärztlichen Kreisen zu erwerben! Sollten wir nicht lieber behördliche Beschlagnahme und Veranstaltung eines Autodafé mit dem Buche proponiren? Dies würde wenigstens einigermassen den Anschauungen entsprechen welche jüngst von Rieger in diesem Centralblatte über die ganze Suggestivtherapie kundgegeben wurden. Doch Scherz bei Seite! Seit Jahren begegnen wir immer wieder denselben spöttisch-mitleidigen Bemerkungen über die hypnotische Behandlung und ihre Anhänger, seit Jahren denselben Versuchen, dieses Verfahren als faulen, lächerlichen Zauber der Verachtung der Collegen zu empfehlen. Auf die Bestrebungen der hervorragenden Vertreter der Psychotherapie hat dieses Vorgehen, wie die Litteratur zeigt, nicht den leisesten Einfluss ausgeübt und die von ihnen veröffentlichten, zum Theil höchst beachtenswerthen therapeutischen Thatsachen werden hierdurch nicht aus der Welt geschafft. Diejenigen, welche die Suggestivtherapie für Humbug oder noch Schlimmeres erachten, sollten daher endlich einsehen dass mit dem verächtlichen Achselzucken, mit gelegentlichen satyrischen Ausfällen nichts gethan ist. Wenn sie wünschen, dass ihrer Ansicht irgend welches Gewicht beigelegt werde, so müssen sie sich schon dazu bequemen zu zeigen, dass die von Bernheim, Forel Wetterstrand etc. mitgetheilten Heilerfolge eitel Wind sind oder wenigstens, dass die von denselben erzielten therapeutischen Resultate durchgehends auf anderem Wege einfacher und leichter zu erreichen sind. Wenn sie diesen Nachweis zu erbringen im Stande sind, dann haben sie allen Anspruch auf den Dank der medicinischen Mitwelt und es werden nur wenige besonnene Aerzte von einer Suggestivtherapie noch etwas wissen wollen. So lange jedoch dieser Nachweis noch aussteht, müssen sie es sich gefallen lassen, dass man ihre Meinungen jenen absprechenden Urtheilen gleichstellt, durch welche so manche hervorragende Aerzte dem ihnen unbequemen Fortschritte der Therapie da und dort Hindernisse zu bereiten versuchten und noch versuchen. Die Wissenschaft ist über diese Urtheile hinweggegangen und sie wird auch hinsichtlich der medicinischen Verwerthung der Hypnose allmälig zu einer Sonderung der Spreu von dem Weizen kommen. Dies kann jedoch nicht durch einfache Negation, durch Spott und Vornehmthuerei, sondern nur durch stetige Arbeit, geduldige und sorgfältige Prüfung der Thatsachen erreicht werden. Gegenwärtig braucht man durchaus nicht zur Fahne der Nancyer hinsichtlich der Anwendung der Suggestivbehandlung bei den verschiedensten Krankheitsformen zu schwören, man kann auch über die Verbreitung der Hypnotisirbarkeit seine eigenen Gedanken haben und dennoch in der Suggestivtherapie eine Mehrung unserer ärztlichen Hilfsmittel erblicken, die neben unseren anderen neueren Errungenschaften auf therapeutischem Gebiete recht wohl Beachtung verdient. **L. Löwenfeld.**

Druckfehler:

Im Ref. Nr. 344, pg. 415. Zeile 19 von unten: für 2 lies r.

Inhalt des October-Hefts.

I. Originalien.

II. Referate u. Kritiken.

A. Anatomie und Physiologie.

B. Pathologie.

1. Syphilis des Nervensystems, Tabes, progressive Paralyse.

2. Intoxicationen.

III. Original-Vereins-Berichte.

IV. Bibliographie.

Buchdruckerei von Kindt & Meinardus, Coblenz.

CENTRALBLATT
für
Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Internationale Monatsschrift
für die
gesammte Neurologie in Wissenschaft und Praxis mit besonderer Berücksichtigung der Degenerations-Anthropologie.

XV. Jahrgang. 1892 November. Neue Folge III. Band.

I. Originalien.

I.

Eine periodische Neuro-Psychose auf hysterisch-degenerativer Basis.

Von Dr. W. S. Greidenberg*),
Director der Landes-Irrenanstalt zu Sympheropol (Krim).

Trotz der Fülle der Casuistik auf dem formenreichen Gebiete der Hysterie, welche die letzten Jahre gebracht haben, bringt die Erfahrung der ärztlichen Praxis von Zeit zu Zeit neue Beobachtungen und neue Combinationen hysterischer Krankheitsformen, wie um zu zeigen, dass die vielfältigen Erscheinungen dieses Leidens unerschöpflich sind. Ein derartig complicirter Fall, der mir zur Beobachtung kam, verdient wegen mancher Besonderheiten beschrieben zu werden.

Erbliche Degeneration. Lange Einzelhaft. Ausschweifungen in Baccho et Venere. Hysterische Neurose mit periodischen Anfällen complicirter Combinationen nervöser und psychischer Störungen. Perversion des sexuellen Fühlens.

Am 7. Februar 1891 meldete sich bei der Sympheropoler Polizei ein junger Mensch mit der Bitte um Aufnahme in irgend eine Anstalt für Nervenkranke, da er am Orte völlig fremd wäre und sich nervös gestört fühle. Er wurde in meine Abtheilung der „Bogougodnie Sawedenia" überführt. Hier zeigten sich bei der ersten flüchtigen Betrachtung keinerlei Zeichen einer nervösen oder psychischen Störung, abgesehen von einer gewissen Erregbarkeit und ziemlich starkem Stottern. Er gab an, schon einige Male nervenkrank gewesen zu sein und einen ähnlichen Anfall auch jetzt zu fühlen, wesshalb er auch bei der Polizei um Ueberweisung an eine Anstalt gebeten hätte. Bei eingehenderem Colloquium machte der Kranke folgende interessante Angaben über sein Vorleben:

---

*) Deutsch von H. Kurella.

Patient ist jetzt 29—30 Jahre alt. 1879 wurde er wegen politische Gründe verhaftet, verurtheilt und 1880 zur Verschickung in Zwangsarbei bestimmt, befand sich jedoch zunächst $2^1/_2$ Jahre, bis Anfang 1882, i Einzelhaft, erst in Kijew, dann in Sibirien. Unmittelbar nach der Ent lassung aus der Haft, vielleicht schon etwas früher, zeigten sich bei ihı die ersten Erscheinungen einer nervösen oder psychischen Störung, wege der er in das Militärhospital auf Kara kam. Hier blieb er 11 Monat denn, obwohl der Anfall nur 3—4 Wochen dauerte, trugen die Aerzte B denken, ihn zu früh zu entlassen. Der Anfall bestand aus einer ganze Reihe schwerer Zufälle, heftiger Angst, dem Gefühle einer völligen Leer im Innern und in der Umgebung und völliger psychischer Entkräftung Anscheinend — obwohl der Kranke sich darüber nicht bestimmt äusser — bestanden auch Anfälle von Erregung oder selbst Tobsucht. 188 wurde der Kranke begnadigt und unter Polizeiaufsicht am Kaukasus an gesiedelt, wo er bis 1889 blieb. Während dieser Zeit, nämlich 1887, hatt er einen zweiten, dem ersten ähnlichen Anfall, der 6 Wochen dauert Hospitalärzte, die ihn damals behandelten, nannten sein Leiden „Neur asthenie". 1889 durfte er nach Russland zurückkehren und siedelte sic als Gutsverwalter im Kursk'schen Gouvernement an; hier machte er i demselben Jahre den dritten Anfall seines Leidens durch, der, Dank recht zeitiger Behandlung, im Ganzen nur 3 Wochen, kürzer als die frühere Anfälle, dauerte. Gegen Ende des Jahres 1890 verlor er, in Folge ver schiedener, zum Theil mit seiner Krankheit zusammenhängender Umstände seine Stelle und ging von Kursk nach Südrussland, in der Absicht, auszu wandern; unterwegs verspürte er jedoch in Sympheropol Zeichen eines be ginnenden neuen Anfalls, wesshalb er seine Reise zu unterbrechen und be der Polizei Aufnahme in ein Krankenhaus nachzusuchen beschloss.

Der Kranke ist unter Mittelgrösse, gut constituirt, ziemlich wohl genährt. Die ersten Tage seines Aufenthalts auf meiner Abtheilung wa er vollkommen ruhig, fast etwas deprimirt, lag meist zu Bett, sprach mi Niemandem, antwortete auf vorgelegte Fragen hinreichend, wurde jedoch be fortgesetztem Ausfragen unruhig und begann heftig zu stottern. Anfang war desshalb eine eingehende Untersuchung undurchführbar, bei Versuche dazu bat er, damit noch zu warten und ihn in Ruhe zu lassen. Allmählic wurde er jedoch entsprechend der fortschreitenden Besserung mittheilsame und beschrieb allmählich ziemlich klar und ausführlich seine ganze Krank heit bis zu ihrem letzten Anfall.

Die Krankheit beginnt gewöhnlich mit einer ganzen Reihe vo Prodromen, psychischen und somatischen. Zunächst verändert die Stimmung sich völlig, Apathie, Gleichgiltigkeit und Theilnahmlosigkeit gegen alle un alles tritt auf. Die Perception äusserer Eindrücke schwächt sich ab un wird weiterhin ganz abgestumpft; nach dem Ausdruck des Kranken selbs „gleiten alle Empfindungen an der Seele ab, ohne in sie durchzudringen die Seele verschliesst sich quasi allen äusseren Reizen". Ferner fühlt de Kranke ein Gefühl von Hitze im Innern, hat beständig heftigen Durst, di Zunge ist andauernd belegt und trocken, bei übrigens ganz normaler Magen und Darmthätigkeit; dabei wird der ganze Körper verfallen und schwach die Muskeln verlieren ihre Elasticität, werden weich und welk, besonders

werden die Beine schwach, es entwickelt sich ein Gefühl allgemeiner Abgeschlagenheit und Kraftlosigkeit; dabei fängt der Kranke, der gewöhnlich relativ wenig stottert und zeitweise sogar ganz frei spricht, an, sehr stark zu stottern.

In diesem Stadium des Anfalls wurde der Kranke aufgenommen. Im weiteren Verlaufe traten verschiedene Zwangsvorstellungen und Gedanken auf. So erweckt jeder, der mit ihm spricht, die Vorstellung der Leiche, die derselbe nach seinem Tode vorstellen wird, besonders die Augen der Person erwecken ihm die Vorstellung von entsprechenden Höhlungen am Schädel. Diese Vorstellungen associiren sich mit gewissen abnormen Empfindungen — vielleicht Hallucinationen — von Seiten des Geruchs, indem Patient einen deutlichen Leichengeruch wahrzunehmen glaubt, besonders den faulender Eingeweide. Frauen gegenüber treten diese Zwangsvorstellungen etwas stärker und heller auf, als Männern gegenüber, und zeigen überhaupt einen Zusammenhang mit abnormen Zuständen der sexuellen Gefühle bei dem Kranken.

Die meisten Angaben des Patienten konnte ich aus eigener Beobachtung bestätigen; bei den ersten Untersuchungen fand ich eine trockene, belegte Zunge bei gutem Appetit und normalem Magen, allgemeine Schwäche, Unfähigkeit zu stehen, heftiges Stottern; daneben fand sich eine andere Reihe von Erscheinungen: beschleunigte Herzthätigkeit, Herzklopfen, ungewöhnlich reichliche Schweisssecretion, schnelle und bedeutende Schwankungen im Blutgehalt der Hand, Wechsel von Erröthen und Erbleichen der Haut, Störungen der Sensibilität in der Form zerstreuter, anästhetischer Flecke, besonders auf der Rückseite des Körpers, bei deutlicher Neigung zum Transfert und allgemeine Steigerung der Reflexe. In psychischer Beziehung war der Kranke, wie erwähnt, anfangs deprimirt, in sich gekehrt, schweigsam; später erklärte er, dass dies Verhalten bei ihm mit der Gemüthsverfassung übereinstimmte, in der ihn nichts beschäftigte und interessirte, alle Eindrücke und Empfindungen an seiner Seele abglitten. Bei der Unterhaltung mit den Abtheilungsärzten traten auch die erwähnten Vorstellungen von Leichen auf und eine Art Geruchsempfindung, so dass er bat, ihn bald in Ruhe zu lassen.

Gleich bei der Aufnahme in die Abtheilung erklärte der Kranke, sein Anfall könnte sehr schnell, in nicht mehr als 2 Wochen geheilt werden, wenn man die Behandlung nach seiner Anweisung durchführte, auf Grund der von ihm in den früheren Anfällen gemachten Erfahrungen. Diese Behandlung bestand in warmen Bädern von 28—30 Grad Reaumur von $^1/_2$ bis 1stündiger Dauer dreimal am Tage, Morgens, Nachmittags und Abends. Da ich keinen Grund hatte, diese ziemlich unschuldige Art der Behandlung abzulehnen, zudem bestochen durch die Originalität des Vorschlags liess ich dem Kranken volle Freiheit, sich nach Wunsch zu curiren. In der That besserte sich schon nach einigen Tagen sein Allgemeinzustand merklich, nach einer Woche bestand bedeutende Besserung und nach 14 Tagen fühlte sich der Kranke vollständig wohl, so dass er am 22. Februar entlassen wurde. Sorgfältige Untersuchungen des Kranken am Ende des Anfalls, als er sich selbst schon für vollkommen gesund hielt, zeigten jedoch, dass er auch in seinem gewöhnlichen Zustande eine ganze Reihe krankhafter

Erscheinungen erkennen liess, sowohl körperliche, als besonders psychische. Er war stets ungewöhnlich angeregt und munter, lächelte beständig, konnte nicht lange auf einem Fleck bleiben, erröthete häufig bei gleichgiltigen Gesprächen, gesticulirte stark und stotterte bedeutend. Schliesslich, was besonders wichtig ist, bestanden auch die erwähnten Sensibilitätsstörungen in Form anästhetischer Flecke mit Neigung zum Transfert. So bestanden auf dem Rücken, am Kreuz Stellen, die auch für starke faradische Ströme unempfindlich blieben, jedoch einige Secunden nach der Faradisirung ihre Sensibilität vollständig wieder erhielten, während genau entsprechende, bisher normale Stellen der anderen Körperhälfte anästhetisch wurden. Diese Erscheinung liess sich bei häufig wiederholten Untersuchungen immer wieder nachweisen.

Die wichtigsten Thatsachen zeigten sich jedoch auf psychischem Gebiete. Nach langen Unterhaltungen theilte er etwa folgendes mit:

Er besass stets eine ziemlich lebhafte Neigung zum andern Geschlecht und nachdem er in Sibirien lange enthaltsam hatte sein müssen, gab er sich in Kaukasien und später in Russland umsomehr Beziehungen mit Frauen hin. Aber dieselben trugen bei ihm einen eigenthümlichen Character. Selbst schöne Frauen, zu denen er in intimere Beziehungen trat, stossen ihn sehr bald ab, und zwar um so schneller, je schöner und jünger sie waren, jedoch nicht in Folge von Uebersättigung, sondern von Zwangsvorstellungen, die ihn unmittelbar nach dem geschlechtlichen Verkehr befallen. So erscheinen ihm junge Frauen, besonders unverheirathete, bald in dem Zustande nach der Geburt — erschöpft, krank und schwach, bald als Leichen mit zersetzten und fauligen Eingeweiden, die einen entsetzlichen Geruch ausströmen. Gewöhnlich wurden ihm in Folge dieser Zwangsvorstellungen auch die schönsten und für ihn anziehendsten Frauen äusserst widerwärtig. Desswegen endeten alle von ihm angeknüpften Beziehungen, selbst ernstgemeinte, in brüsker, für andere ganz unbegreiflich plötzlicher Weise. Ausserdem aber rief manchmal der Coitus bei ihm den Impuls zu Zwangshandlungen hervor, namentlich das Verlangen, sie an den Haaren zu zerren und zwar an den von den meisten am Hinterkopf zusammengesteckten Zöpfen. Nach Angaben des Patienten kostete es ihn manchmal unglaubliche Anstrengungen, diese Impulse zurückzudrängen, umsomehr, je jünger und schöner die sie erregende Frau war. Mit dem Auftreten der periodischen Krankheitsanfälle steigerten sich diese abnormen sexuellen Erscheinungen erheblich, so dass der Kranke, so lange er sich in seinem Anfall bewusst beherrschen konnte, sorgfältig dem Zusammenkommen und vor allem dem geschlechtlichen Verkehr mit Weibern auswich. Unter anderem erzählte der Kranke folgendes Ereigniss: Während eines Aufenthaltes im Gouv. Kursk machte er die Bekanntschaft eines sehr hübschen und verständigen jungen Mädchens, dem er einen Heirathsantrag machte und dessen Jawort er erhielt. Eines Tages jedoch, mitten im zärtlichen Zusammensein mit ihm, fühlte er plötzlich das heftige Verlangen, sie am Kopfe zu packen, an der Stelle, wo ihre Zöpfe zusammengesteckt lagen. Dies Erlebniss wirkte so tief auf ihn, dass er nach Hause fuhr, zu trinken anfing und mehrere Wochen fortwährend fortzechte. Die Verlobung wurde aufgelöst und der Kranke beeilte sich, die Gegend zu verlassen.

Dies waren die klinischen Daten unseres Falles. Bezüglich der Anamnese erfuhr ich vom Kranken selbst folgendes: Er stammt aus einer unzweifelhaft degenerirten und psychopathischen Familie, von der viele Mitglieder Menschen mit auffallenden Absonderlichkeiten, Originale, Excentriker waren, sich durch einseitige Begabung u. s. w. auszeichneten, einige durch Selbstmord endigten. Die nächsten Verwandten des Kranken sind in der Gouvernementsstadt, in der sie leben (wie ich zufällig durch Aussagen Dritter erfuhr), unter dem Namen „die melancholische Familie“ bekannt. Aus der Zeit bis zu seiner Verschickung konnte sich der Patient keiner ernsteren Krankheit erinnern, aber an Character und psychischem Habitus zeichnete er sich schon von früher Jugend durch Excentricität und die Neigung zu allerlei ungewöhnlichen, ausserordentlichen Handlungen und Unternehmungen aus. Die Lebensbedingungen in Sibirien waren für die Bewahrung seiner psychischen Gesundheit ungünstig, da z. B. von den 118 Verschickten, die mit ihm gleichzeitig in Kara waren, in kurzer Zeit 12, d. h. etwa 10%, geisteskrank wurden. Schliesslich excedirte der Kranke während seines Aufenthalts im Kaukasus und im Kursk'schen Gouvernement bedeutend in baccho.

Wir haben somit in diesem Falle 3 mächtige Bedingungen für die Entwicklung der schwersten Formen nervöser und geistiger Störungen: erbliche Degeneration, lange Isolirhaft, geschlechtliche und Trunk-Excesse. Als Resultat der Wechselwirkung dieser 3 Factoren zeigte sich die vorliegende ziemlich complicirte Form psychisch-nervöser Erkrankung. Diese Form characterisirsich, wie wir sahen, durch Anfälle von zweierlei Art, dauernde und vorübergehende, wobei die letzteren zum Theil in vorübergehender Steigerung der ersteren bestehen. Das Krankheitsbild umfasst eine Vereinigung sehr verschiedener Anfälle, — motorische (übermässige Beweglichkeit, Stottern, Muskelschwäche, Unfähigkeit zu stehen), sensible (Anästhesie, Transfert), vasomotorische (Herzklopfen, abwechselndes Erröthen und Erbleichen, Neigung zum Schwitzen) und coenästhetische (Trockenheit der Zunge, Durst, Gefühl innerer Hitze), schliesslich schwere psychische Erscheinungen (Zwangsvorstellungen, impulsive Gedanken und Triebe) und eigenthümliche Perversitäten des Sexualgefühls.

Die Abwesenheit von Symptomen organischer Erkrankung des Nervensystems, die Vielgestaltigkeit der Anfälle und besonders die sensiblen Störungen berechtigen durchaus, den gegebenen Fall der Hysterie zuzuzählen. Die psychopathische Belastung und die oben beschriebenen Eigenthümlichkeiten der psychischen Constitution, zusammen mit der Perversität des Sexualgefühls, deuteten auf den degenerativen Character der Krankheit. Schliesslich brachten die schon viermal aufgetretenen eigenthümlichen Anfälle einer ziemlich verwickelten Gruppe physischer und psychischer Symptome das Element der Periodicität in das Krankheitsbild. Auf Grund dieser drei besonderen Daten, auf welche eine Diagnose gegründet werden konnte, nannte ich den beschriebenen Fall eine periodische Neuro-Psychose auf hysterisch-degenerativer Grundlage.

Unter den zahlreichen ätiologischen Momenten der männlichen Hysterie hat in neuerer Zeit die Degeneration die Aufmerksamkeit auf sich gezogen. In der 1890 erschienenen Pariser Dissertation von Rubinowitsch, „hysterie

mâle et dégénérescence“ wird die Frage nach den Beziehungen zwischen Hysterie und Degeneration besonders sorgfältig untersucht. Ohne auf die Einzelheiten dieser Untersuchung einzugehen, beziehe ich mich nur auf eine von den gründlichen Ausführungen des Verfassers: es besteht eine ganze Klasse mit erblich degenerativer Prädisposition; solche Menschen sind bis zu einer gewissen Zeit mehr oder weniger gesund oder zeigen wenigstens, vielleicht, abgesehen von einer gewissen Sonderbarkeit, Originalität oder Excentricität nichts Krankhaftes. Manche Personen aus dieser Klasse können unter günstigen Verhältnissen das ganze Leben gesund bleiben; die Disposition bleibt bei ihnen sozusagen latent. Aber erleiden dieselben irgend ein Trauma, eine schwere körperliche Krankheit oder eine schwere Gemüthserschütterung, ergeben sie sich irgendwelchen Excessen, so entwickelt sich bei ihnen das volle Bild der Hysterie. Das unterscheidende Merkmal bei diesen letzteren Individuen besteht darin, dass die hysterischen Erscheinungen gleichzeitig sowohl die physische wie die psychische Seite ihres Lebens beherrschen, so dass sich recht complicirte Formen ergeben. Diesen Mechanismus der Krankheitsentstehung und eine derart complicirte Form der Hysterie zeigt auch der hier von mir beschriebene Fall.

II.
Ueber künstlich erzeugten Nystagmus horizontalis, einhergehend mit conjugirter Deviation.

(Kurze Mittheilung aus der Universitätsaugenklinik in Würzburg.)

Von Assistenzarzt Dr. med. L. Bach.

An einer grösseren Anzahl von Patienten und Collegen angestellte Versuche ergaben, dass bei Drehung um die verticale Achse sich wohl characterisirte nystagmusartige Bewegungen der Augen mit hie und da gleichzeitig auftretender conjugirter Deviation erzeugen liessen und zwar derart, dass bei der Rechtsumdrehung die ersten nyctatischen Schwingungen nach links erfolgten, bei Linksumdrehung umgekehrt, während die hie und da auftretende conjugirte Deviation nach der Richtung der Drehung vor sich ging. — Die untersuchten Personen gehörten den verschiedensten Altersklassen an, zeigten in Bezug auf körperliche Entwicklung und Gesundheitszustand grosse Verschiedenheit, vor allem boten auch die Functionen der Augen speciell die Sehschärfe grosse Abwechslung.

Bei manchen Individuen genügte 4—6maliges Umdrehen, bei manchen trat das Phänomen erst nach öfterem Umdrehen auf. Die deutliche Hervorbringung des Nystagmus überhaupt gelang ziemlich leicht in etwa der Hälfte der Fälle.

Die einzelnen Zuckungen erfolgten bei den verschiedenen Individuen in nicht ganz gleicher Weise; einmal gingen sie in rascher Aufeinanderfolge vor sich und waren dann die einzelnen Zuckungen weniger ausgiebig, d. h. von geringerer Excursion, in anderen Fällen erfolgte zuerst ein mehr oder minder deutliches Abweichen nach der Richtung, in welcher die Person sich drehte, worauf dann ziemlich ausgiebige, langsam hinter einander erfolgende Contractionen in entgegengesetzter Richtung eintraten.

Auch die Zahl der nystagmusartigen Zuckungen bei gleicher Anzahl und Geschwindigkeit der Umdrehung zeigte in geringen Grenzen schwankende Verschiedenheit. — Die durchschnittliche Zeitdauer bis zum vollständigen Wiederverschwinden der Zuckungen betrug ca. $^1/_4$ Minute.

Ausser einem später zu bescheribenden Falle, bei welchem nur von einer ganz geringen conjugirten Deviation die Rede sein kann, erwähne ich hier drei verschieden gelagerte Fälle, die obiges Phänomen zeigten.

Der erste betrifft ein 18jähriges, mässig gut entwickeltes Mädchen mit beiderseits in Folge abgelaufener Iridocyclitis hochgradig herabgesetztem Sehvermögen. Nach 6—8maligem Umdrehen erfolgte deutlichste langsam sich vollziehende conjugirte Deviation nach der Richtung der Umdrehung, worauf 5—8 ergiebige Contractionen der Antagonisten eintraten und zwar so lange, bis die Normalstellung, d. h. geradeaus gerichtete Blicklinie bei medianer Kopfhaltung erreicht war.

An einem zweiten Falle, einer 20jährigen gut entwickelten Patientin mit normalen Functionen der Augen, bei welcher ophthalmoscopisch beiderseits Stauungspapille constatirt wurde und bei der es sich wahrscheinlich um einen Tumor cerebelli handelt, zeigten sich fast die gleichen Verhältnisse. Bei beiden trat die conjugirte Deviation etwas deutlicher bei der Rechtsumdrehung in Wahrnehmung. Inwieweit dies vielleicht Zufall war oder durch weitere Untersuchungen eine Erklärung findet, lasse ich dahingestellt. — Etwas ausführlicher erwähnenswerth halte ich den dritten Fall, die 16jährige, ziemlich schwächliche Patientin Zöller, die ebenfalls in Folge intracranieller Neubildung beiderseits Stauungspapille darbot und bei welcher links Amaurose bestand, während rechts noch $^1/_{10}$ Sehvermögen erhalten war bei nasaler Hemianopsie. — Drehte ich die Patientin rasch drei bis viermal rechts um und forderte ich dann dieselbe auf, bei median gehaltenem Kopfe geradeaus zu blicken, so traten rasch hinter einander erfolgende, nicht sehr ausgiebige Zuckungen nach links, d. h. erste Zuckung nach links auf, worauf die Augen immer wieder nach rechts abwichen. Letztere Erscheinung trat nicht am deutlichsten zu Beginn der Zuckungen, in welche Zeit die Aufforderung, geradeaus zu blicken, fiel, hervor, sondern sie wurde nach den ersten 2—3 Zuckungen etwas deutlicher, um allmählich mit den nyctatischen Bewegungen zu verschwinden. — Drehte ich die Patientin rechts herum, bis sie leicht schwindelig wurde, etwa fünf bis sechsmal, ganz gleichgültig, ob bei offenen oder geschlossenen Augen, dann trat die conjugirte Deviation nach rechts sofort deutlich in Erscheinung und erfolgten von dieser aus die nystagmusartigen Schwingungen nach links. — Drehte ich die Patientin nach links herum, dann traten die Zuckungen geradeso wie oben erwähnt, nur nach rechts auf jedoch auch bei längerem Drehen erfolgte nur eine höchst minime Abweichung des rechten Auges nach links, während das linke Auge überhaupt nicht über die Mittellinie nach links abwich. Beim Senken der Blickebene traten die erwähnten Verhältnisse viel weniger deutlich hervor und der ganze Process lief rascher ab.

Für eine Rückenmarkserkrankung, speciell für Friedreich's hereditäre Ataxie, waren bei keiner der untersuchten Persönlichkeiten Symptome vorhanden. Ich glaubte eine solche Erkrankung desshalb ausschliessen zu

müssen, da fast ganz der gleiche Symptomencomplex vor ca. 2 Jahren von Mendel und in jüngster Zeit von R. Geigel als characteristisch resp. pathognomonisch für die eben erwähnte Erkrankung aufgefasst wurde.

Wie findet nun genanntes Phänomen seine Erklärung?

Die Angaben verschiedener Patienten, dass die Gegenstände der Aussenwelt nach den Umdrehungen sich vor ihren Augen hin und her bewegten, liesse an einen dadurch reflectorisch erregten Nystagmus denken. Bei dieser Annahme müsste aber dann diese Scheinbewegung eine constante sein und man müsste erwarten, dass Verbinden oder Schluss der Augen irgend eine Einwirkung auf das Phänomen hätte. Ich habe daher ebenso wie Geigel den Eindruck gewonnen, dass es sich um einen durch Scheinbewegung der Aussenwelt reflectorisch erzeugten Nystagmus nicht handelt.

Eine durch die Umdrehung veränderte Flüssigkeitsströmung im Auge anzunehmen zur Erklärung obiger Erscheinungen dürfte wohl nicht angängig sein.

Auf die von Kreidl[1]) an Taubstummen gemachten Versuche werde ich an anderer Stelle zurückkommen. Derselbe kam auf Grund seiner Versuche zu der Annahme, dass die bei Drehung des Kopfes und des Körpers compensatorisch ausgeführten Bewegungen von den Bogengängen ausgelöst werden. Auch die von Koranyi[2]) und Loeb angestellten Versuche an Kaninchen will ich hier nur kurz und theilweise berühren. Dieselben beobachteten, dass, wenn sie ein Kaninchen in Primärstellung auf einer horizontalen Unterlage befestigten, welche um eine verticale Achse drehbar war, bei demselben während der Drehung die Augen in entgegengesetzten Nystagmus, nach der Drehung in gleichgerichteten Nachnystagmus geriethen.

Mir erscheint folgende Erklärung ganz plausibel:

Unwillkürlich haben wir das Bestreben jeder Körper- oder Kopfbewegung gewissermassen controllirend mit einer entsprechenden Augenbewegung vorauszueilen, sicherlich eine der Körperbewegung gleichgerichtete Mitbewegung der Augen erfolgen zu lassen. Es gelangt also ein Impuls vom Centralorgan, d. h. den Centren für associirte Bewegungen zu den der betreffenden Körper- oder Kopfbewegung dienenden Augenmuskeln. Wiederholt sich nun dieser Impuls rasch hinter einander, so wird dadurch eine Cumulativwirkung erzeugt, welche sich dahin äussern wird, dass eine energischere, länger vorhaltende Innervation der betreffenden Muskeln Platz greift, während welcher die Augen entsprechend abweichen oder wenigstens abzuweichen suchen.

Dahingegen werden die Antagonisten in einen Erschlaffungszustand übergehen. Hört nun dieser Innervationsimpuls auf, wie dies der Fall ist, wenn wir nach der Umdrehung das Individuum auffordern, bei median gestelltem Kopfe geradeaus zu blicken, so wird sich natürlich der frühere Gleichgewichtszustand der Muskeln wieder herstellen und zwar geschieht dies durch ruckweis erfolgende Contractionen der Antagonisten, die natürlich in der der conjugirten Deviation entgegengesetzten Richtung erfolgen.

[1]) Kreidl, A. Beiträge zur Physiologie des Ohrlabyrinths auf Grund von Versuchen an Taubstummen. Arch. f. d. ges. Physiol., Bd. 51, S. 119.

[2]) Koranyi, A. v. u. Loeb J. Ueber Störungen der compensatorischen und spontanen Bewegungen nach Verletzung des Gehirns. Arch. f. d. ges. Physiol. 48. S. 423.

Auch der eigenartig gelagerte Fall Zöller bietet diesem Erklärungsversuche keine Schwierigkeit, indem wir annehmen, dass, zumal da die linksseitige Amaurose und die nasale Hemiopie des rechten Auges schon länger in diesem Falle bestehen, das Centrum das Interesse seit längerer Zeit verloren hat, den Kopf- resp. Körperbewegungen nach links zu folgen. Es erfolgt desshalb, was ja wohl angenommen werden darf, ein schwächerer Innervationsimpuls zu den betreffenden Augenmuskeln, der eben nicht ausreicht, eine ebenso deutlich wahrnehmbare Störung des Gleichgewichtszustandes der Muskeln hervortreten zu lassen, wie dies bei der Bewegung nach der entgegengesetzten Seite der Fall ist. — Im grossen Ganzen wird es wohl der Fall sein, dass, je labiler der Gleichgewichtszustand des Muskelsystems wie bei schwächlichen, nervösen, zu Schwindel neigenden Individuen ist, um so prompter und auch anhaltender obiges Phänomen zu Tage treten wird.

III.
Psychose und Typhus.

Kurze Mittheilung von Dr. Klinke, II. Arzt an der Irrenanstalt Tost O. S.

Der Einfluss typhöser Erkrankungen auf bestehende geistige Störungen ist in früheren Jahren vielfach erörtert worden, während die Litteraturangaben neuerer Zeit über dasselbe Thema anscheinend spärlicher fliessen und das wohl hauptsächlich desshalb, weil der schlimme Gast gegenwärtig in Anstalten viel seltener geworden ist. Eine kleine, in der hiesigen Irrenpflegestation im Verlauf des letzten Jahres aufgetretene Typhusepidemie gab mir Gelegenheit, in einer Anzahl meist vorgeschrittener Psychosen die Einwirkung auf die Psyche zu beobachten. Während bei den ersten Krankheitsfällen anfangs ein günstiger Einfluss sich geltend machte, zeigte sich leider nur zu bald wieder eine Verschlimmerung des psychischen Verhaltens resp. ein Zurücksinken auf den alten Zustand, eine Erfahrung, welche auch meine weiteren Beobachtungen sämmtlich bestätigten.

Von den im Ganzen constatirten 16 sicheren Fällen von Typhus betraf einer eine Wärterin, ist also hier ganz auszuschalten, einer einen Epileptiker, der sofort nach der Beurlaubung von hier erkrankte, zu Hause aber anscheinend eine Verschlimmerung seines Zustandes nicht erfuhr; die übrigen vertheilen sich auf fünf Männer und neun Frauen. Vier von den Frauen starben in den ersten Wochen der Erkrankung. Die Infectionsquelle konnte leider bis heute noch nicht sicher aufgedeckt werden. Die ersten Fälle erkrankten einzeln in längeren Zwischenräumen, die späteren mehr gruppenweise. Für eine Localisirung der Infectionsquelle spricht der Umstand, dass die befallenen Kranken sämmtlich demselben Stockwerk des Gebäudes, resp. denselben Abtheilungen angehörten. Die Behandlung war zumeist eine rein exspectative. Fiebermittel wurden nur in geringer Menge, Bäder nur einmal in einem Falle verabreicht. Was die Art der psychischen Formen bei den Erkrankten anlangte, so ist bemerkenswerth, dass es sich entweder um intrapsychische Afunctionen und Parafunctionen oder psycho-

sensorische Anästhesieen resp. Parästhesieen (Wernicke, Berl. Kl. 1892, Nr. 23) handelt, d. h. um Formen mit mehr oder weniger mangelnder Bewegung, so dass durch die Verlangsamung oder anderweitige Störung in der Ernährung die Infection gleichsam begünstigt zu werden schien. Ohne Einfluss war die typhöse Erkrankung in 7 Fällen, von vorübergehender Besserung gefolgt in 4 Fällen, während 3 Kranke eine Verschlechterung ihres psychischen Verhaltens zeigten.

Von einer genaueren Schilderung aller beobachteten Fälle sehe ich hier ab und begnüge mich damit, einige besonders prägnante kurz zu skizziren.

Beob. I. Hermann M., Eisenbahnarbeiter, 20 Jahre alt, hier aufgen. d. 10. 10. 90. Stammt von gesunden Eltern, war stets phlegmatisch, lernte in der Schule schlecht, hielt in der Lehre nirgends lange aus. Besonders auffällig seit Herbst 1889, arbeitete nichts mehr, lief häufig fort, wollte Küfer werden, klagte, er müsse sterben, wollte sich aufhängen. Seit Herbst 1890 ganz still, gab keine Antwort mehr oder sprach verwirrt. In der Anstalt still, stiert er vor sich hin, ist unsauber, antwortet nicht. Am 8. 6. 91 erkrankt er an Typhus. Ist lebhafter, hallucinirt mehr, sieht viel an der Decke herum. In der zweiten Fieberwoche giebt er gelegentlich eine Antwort, spricht auch spontan einzelne Worte. Nach dem Verlassen des Bettes macht Patient einen recht günstigen Eindruck, scheint interessirt, erkundigt sich häufig nach seiner Mutter, hat keine Erinnerung, dass sie ihn während des Typhus besucht hat. Für die letzten 4—5 Jahre seines Lebens scheint ihm überhaupt jede Erinnerung zu fehlen. Orientirt sich mehr und mehr, weiss Tag und Datum, will Zeitung lesen, schreibt (am 25. Juli) folgenden Brief an seine Mutter:

„Liebe Mutter so wie so sie möchten so gut so bald wie möchlich etwas Schicken. vie Grüsse. von mir. Seit dieser Zeit als ich krank noch ein bisel beser da kunt ich nicht mitmachen jetzt bin ich wieder völlich gesund. Auch an den Josef meinen Bruder den lasse ich wiele mal Grüssen und noch Schicken von Wurst Schinken Kuchien. Meine Mutter es rent mich dich so verlassen zu haben den das ist keine Schlechte sondern gute Mutter mich wiele Grüse an dich so meine Vater."

Eine Zeit lang konnte er auch mit leichten Arbeiten beschäftigt werden. Bald aber, von Anfang August, verschlimmerte sich sein Zustand wieder, er wird interesselos, klagt viel über Kopfschmerzen, weint häufig, verlangt nach seiner Mutter. Von September ab völlig stuporös, giebt keine Auskunft mehr, macht einen verblödeten Eindruck.

Bis heutigen Tages ist sein Verhalten unverändert dasselbe geblieben.

Beob. II. Lorenz A., 26 Jahr, aufgen. d. 5. 9. 90. Beginn der Krankheit vor etwa 3 Jahren. Kam aus der Arbeit nach Hause, zeigte ein äusserst albernes Verhalten, schwatzte Unsinn, arbeitete nichts mehr, trieb sich herum, legte Steine auf's Bahngeleis. Hier in der Anstalt völlig theilnahmslos, hält sich stets für sich, giebt niemals Auskunft. Am 24. 10. 90. Typhus. Am 29. 11. fieberfrei. Mit dem Nachlassen des Fiebers etwas mittheilsamer, zeigt aber keine Krankheitseinsicht, hat für die letzten 4 bis 5 Jahre keine rechte Erinnerung. Weiss z. B. nicht, dass er Soldat gewesen ist. In den folgenden Wochen nimmt die Besserung noch etwas zu,

speciell zeigt sich das Gedächtniss etwas besser, so dass er sich auf das Regiment, in dem er diente und auf seinen Hauptmann zu erinnern weiss, nur fällt ihm nicht ein, wesshalb er als Invalide entlassen wurde. Etwa 6—8 Wochen nach der Entfieberung wieder das frühere, stuporöse, interesselose Verhalten, das bis heute anhält.

Beob. III. Pauline T., 25 Jahre alt. Ein Bruder ebenfalls geisteskrank. Sie selbst seit 3 Jahren psychisch krank, angeblich in Folge strenger Kälteeinwirkung. Scheu und ängstlich, sprach von Todtschlagen, später ganz still, ohne jedes Interesse.

Aufnahme am 3. 10. 91. Sitzt zusammengekauert da, hält den Kopf stets nach unten gesenkt, halb nach rechts gedreht, die Augen geschlossen, giebt keine Auskunft. Am 15. 12. 91 Typhus. Keine Einwirkung auf die Psyche. Behält auch im Bett stets dieselbe Lage und eigenthümliche Haltung des Kopfes inne. Auch nach dem Eintritt in die Reconvalescenz unverändert.

Beob. IV. Henriette H., Nähterin, 33 Jahre alt, aufg. d. 30. 12. 91. Krankheitsbeginn liegt etwa um 6 Jahre zurück. Ursache angeblich unglückliche Liebe. Seit einem halben Jahre Grössenideen, ausser Verfolgungs- und Vergiftungswahn. Anspruchsvoll in ihrem Wesen, ist Kaiserin, Herzogin, die Geliebte des Königs, wird von kleinen schwarzen Geisterchen verfolgt, ihr das Blut abgezogen, das Herz herausgerissen. Typhus am 21. Jan. 1892. Während des Fiebers werden Wahnvorstellungen nicht geäussert. In der Reconvalescenz um so stärkeres Hervortreten von Gesichtstäuschungen, unter Aeusserungen der früheren Wahnideen.

Beob. V. Martha K., Dienstmädchen. Bereits 1882 vorübergehend geisteskrank. Auf. Nov. 88 Beginn der jetzigen Erkrankung. Schweigsam, bewegte sich sehr langsam, später lebhafte Angstzustände, abwechselnd mit sogenannten catatonen Symptomen (Verbigeration, pseudospontanen Bewegungen). Nach $1^1/_2$ Jahren Besserung. Später baldige Verschlimmerung, Gehörstäuschungen, Beeinträchtigungswahnvorstellungen, enorme Reizbarkeit. Hierselbst aufgenommen d. 16. 1. 92. Ruhig, freundlich, bescheiden, fleissig. Im Februar leichte Typhuserkrankung. Erhebl. Verschlimmerung des psych. Verhaltens, hypochondrische Ideen, sie sei verfault, müsse sterben, will den Pastor haben, die linke Seite sei eingefallen, habe keinen Herzschlag mehr, es riecht nach Leichen etc. Nach dem Nachlass des Fiebers in etwa acht Tagen Besserung und status quo antea.

Beob. VI. Martha Kl., 22 Jahre alt. Erblich belastet. Aufg. 30. Nov. 91. Anfang 1890, ebenso im Beginn 1891 Fall auf den Hinterkopf, im Januar 1890 Influenza. Fühlte sich damals sehr krank, fürchtet sterben zu müssen. Blieb trübe gestimmt, unlustig zur Arbeit. Später traten zeitweise Aufregungszustände ein, mit Singen und Beten. Hierselbst stuporös. Ende Januar Typhus. Schwere Infection. Grosse Schmerzhaftigkeit in den Muskeln, Extremitäten starr gestreckt, schreit häufig auf, bringt einzelne lallende Laute heraus, bleibt unverständlich, giebt keine Auskunft. Auch nach Eintritt in die Genesung psychisch unverändert.

Von der Mittheilung der übrigen Fälle nehme ich Abstand und begnüge mich mit dem Hinweis, dass bei den epileptischen Kranken die Krampfanfälle der Zahl und Intensität nach während des Fiebers ebenso

wie vorher auftraten, dass ein sonst ruhiger Idiot, der nie sprach, während der Typhuserkrankung sehr ängstlich sich geberdete, sehr viel schwatzte und zu sterben fürchtete und dass ferner ein Gehörshallucinant in der ersten Zeit des Fiebers eine vermehrte Reizbarkeit und ein sehr abweisendes Verhalten darbot. Eine stuporöse Kranke endlich, die früher nie gesprochen hatte, äusserte kurz vor dem Tode, sie sterbe gern und sei froh, von ihrem Manne fern zu sein, der sie gemisshandelt habe.

Die Anzahl der Beobachtungen ist eine zu kleine, als dass sich daraus irgend welche sichere Schlüsse bezüglich des günstigen oder ungünstigen Einflusses des Typhus auf bestehende Psychosen im Allgemeinen ziehen liessen. Zu beachten bei dem hierselbst constatirten recht wenig günstigen Einfluss ist der Umstand, dass es sich ausnahmslos um bereits Jahre lang bestehende, meist stuporöse, vorgeschrittene und unheilbare, d. h. verblödete Fälle handelte (cfr. die Beobachtungen von Wille, Gaye, Rath), doch haben Andere auch bei derartigen vorgeschrittenen secundären Zuständen Besserungen und selbst Heilungen beobachtet (Fiedler). Indem ich von dem Einfluss anderer Infectionskrankheiten auf bestehende Psychosen hier ganz absehe und auf die am Schluss mitgetheilte Zusammenstellung der mir zugänglich gewordenen Litteratur hinweise, will ich kurz noch der Frage näher treten, worin gerade die mehr oder weniger günstige Einwirkung des Typhus, wie sie namentlich von Nasse hervorgehoben wurde, nach der Anschauung der verschiedenen Autoren beruhen mag. Je nachdem die einen eine Aenderung bezw. Besserung gerade auf der Höhe des Fiebers (Rienecker) oder erst nach der Entfieberung eintreten sahen, sollte der Einfluss des Fiebers auf die Blutbewegung das günstige Moment sein, resp. die dem Fieber folgende Anaemie die bestehende Hyperaemie und seröse Infiltration des Gehirns beseitigen. Rienecker glaubte, dass durch die Fieberwärme die krankhaft vermehrten Leitungswiderstände überwunden würden, andere (Rühle), die Intoxication selbst, das Typhusferment (Griesinger, Liebermeister, citirt bei Rath) habe einen directen Einfluss auf die Nervenmasse. Nach Fiedler läge in der veränderten Ernährung des Gehirns: Hyperaemie in den einen, Anaemie in den anderen Fällen die begünstigende Ursache, nach der Anschauung von Birch-Hirschfeld finde ein der Mauserung ähnlicher Process statt, nach Landerer sei wesentlich die Veränderung der Blutstromgeschwindigkeit und die dadurch bedingte Besserung der Ernährungsstörung, während Lehmann in dem veränderten Blutlauf und der temporären Steigerung desselben die Ursache des günstigen Effectes sieht und endlich Willerding sich wieder allein für die günstige energische Blutzufuhr zum Gehirn entscheidet.

Nach meiner Ansicht müssen bei den Fällen, in denen eine günstige heilende oder bessernde, dauernde oder nur vorübergehende Wirkung der Typhuserkrankung bei Psychosen folgt, eine ganze Anzahl von Factoren Berücksichtigung finden. Zunächst wird die Art der bestehenden psychischen Erkrankung, die Zeit ihres Bestehens, überhaupt die Möglichkeit, dass in den geschädigten Hirnprovinzen eine Rückkehr zum status vor der Erkrankung oder wenigstens eine Annäherung an denselben noch stattfinden könne, zu beachten sein. Insofern werden voraussichtlich frische Erkrankungen günstiger beeinflusst werden, als alte, Jahre lang bestehenden Fälle. Der

Einfluss der veränderten Circulation oder der Fieberwärme kann allein nicht das wirksame Moment sein, so wesentlich auch die Blutbeschaffenheit und das Verhalten der Blutcirculation überhaupt ist. Jedenfalls wirken hier noch chemische Factoren mit und vielleicht sind es die nach den neueren Imprägnationsmethoden (Golgi, Ramon y Cajal) in so ausgezeichneter Weise darstellbaren Dendritenfortsätze (welche nach Anschauung einer Reihe von Forschern der Ernährung dienen), die hier eine hervorragende vermittelnde Rolle übernehmen. Trotz aller Fortschritte der Technik auch in der Darstellung pathologisch-anatomischer Präparate (Nissl) eröffnet sich hier noch ein weites Arbeitsfeld. Jedenfalls aber war es kein Geringerer, als Meynert, der gerade das Studium von Gehirnen von Typhusleichen als besonders erspriesslich empfohlen hat. Sodann müsste bei jedem Falle intra vitam Beschaffenheit und Zahl der rothen und weissen Blutkörperchen festgestellt werden. Derartige Untersuchungen liegen aber meines Wissens bei Geisteskranken überhaupt noch nicht vor. Dass unter dem Einfluss der Infection eine Vermehrung der weissen Blutkörperchen stattfindet, dass die Vermehrung der Leukocyten zur Zeit der Krisis ihren Höhepunkt erreicht (Botkin), ist für eine Reihe von Infectionskrankheiten neuerdings nachgewiesen. Gerade der günstige Einfluss des Typhus würde sich vielleicht so erklären, dass in Folge des lange Zeit andauernden Fiebers und der langsamen Bildung der antitoxisch wirkenden Stoffe die Blutveränderungen sich nachhaltender geltend machen und so eine langsame, andauernde Wirkung auf die Nervensubstanz möglich wird. Dem gegenüber stehen freilich Fälle, wo, wie beim Erysipel, ein kurzer Fieberzustand schon günstig wirkt, allerdings, wie es scheint, nur in noch ziemlich frischen psychischen Erkrankungen.

Die Besserung in den vorgeschrittenen Fällen — das haben meine Beobachtungen übereinstimmend mit den früher mitgetheilten ergeben (Wille) — erweist sich in der Regel als trügerisch, ist nur eine vorübergehende und von kurzer Dauer. Trotzdessen aber muss man der oft beobachteten, namentlich in frischen Erkrankungen oft erwiesenen Thatsache, dass Psychosen durch fieberhafte Erkrankungen (oder auch durch andere geringfügige Aenderungen der Ernährung irgend welcher Art) günstig beeinflusst werden können, bei der im Ganzen herzlich wenig erfolgreichen Therapie psychischer Processe überhaupt entschieden Rechnung tragen und jeden derartigen günstigen Effect eingehend beachten resp. nachzuahmen suchen. Der früher beobachtete günstige Einfluss der Malaria auf Geisteskrankheiten, der zu dem absurden Vorschlage führt, Irrenanstalten in Wechselfiebergegenden zu errichten (Koster), dürfte sich in Zukunft bequemer studiren lassen, falls es gelingen sollte, mit den Krankheitserzeugern der Malaria Impfungen vorzunehmen und falls sich der von Golgi neuestens mitgetheilte heilende Einfluss des viel versuchten Chinin des weiteren bestätigen sollte. Und wie Landerer, erinnernd an die früher gemachten günstigen Erfahrungen mit Haarseil und Moxen Impfungen mit Erysipelcokken vorzunehmen räth, liessen sich in Zukunft vielleicht an geeigneten Fällen künstlich erzeugte andere Infectionskrankheiten und deren Wirkungen studiren, wenn erst die Fortschritte der Bacteriologie die sichere Handhabung der antitoxisch wirkenden Stoffe ermöglichen sollten. Des historischen Interesses wegen er-

wähne ich zum Schluss noch die Versuche von Köstl und Sponholz (cit. bei Willerding), welche eine Zeit lang jede Psychose revaccinirten, des weiteren aber bei der absoluten Erfolglosigkeit bald davon Abstand nahmen.

Litteratur.

1. Allg. Zeitschrift für Psych., Band 7, Heft 4, Miscellen S. 685. Heilung einer seit der Kindheit bestehenden Epilepsie bei einem 24jährigen Mädchen in Folge eines schweren Typhus, von Priejn beobachtet (Rhein. Monatsschrift 1850, Juni, S. 336). Besserung des Intellects, Bess. der Lähmung.
2. Ibid., Bd. 9, H. 2. Dr. Gaye, Schilderung eines in der Anstalt bei Schleswig 1846 und 47 epidemisch aufgetretenen gastrischen und typhösen Fiebers. Geringer Einfluss, wenige Besserungen, def. in frischen, vorübergehend in älteren Fällen.
3. Ibid., Bd. 12, H. 3. Dr. Schäffer, Mittheil. über eine Brechruhr-epidemie in Zwiefalten. Auf die Psyche nicht der geringste Einfluss.
4. Ibid., Bd. 21, H. 1. Nasse, Neue Beob. über den Einfluss des Wechselfiebers auf d. Irresein. 2 Genes., mehrere dauernde Besserungen.
5 Ib., Bd. 26, H. 6. Nasse, über Typhus und Irresein. Von 23 Kranken 10 genesen, 5 dauernd, 2 vorübergehend gebessert.
6. Ib., Bd. 27, H. 1. Nasse, über die Bezieh. zwischen Typhus und Irresein. „Der Typhus wirke günstig ein“.
7. Ibid. Bd. 22, H. 1. Wille, der Typhus bei Geisteskrankheiten. 2 starke Epidemien beob. Wenige frische Fälle günstig beeinflusst. Bei den secund. Fällen unter 29 im Ganzen 19 Besserungen (vorübergehend). Bei einer Epilept. hören die Krämpfe auf.
8. Ibid., Bd. 27, H. 4. Wille, der Typhus bei Geisteskranken. Von 14 Fällen nur 2 günstig beeinflusst.
9. Ibid., Bd. 29. H. 1. Rienecker, Fieberpsychosen.
10. Ibid., Bd. 29, H. 3. Rühle, über den Einfluss somat. Krankheiten auf die Psyche.
11. Ibid, Bd. 31, H. 2. Sponholz, die Cholera asiatica in der Anstalt Sorau. Nur ein Fall zeigte eine wirkl. Remission, bei den anderen Einfl. sehr gering.
12. Ibid., Bd. 37, H. 2. Fiedler (cfr. deutsch. med. Wochenschrift 1880, Nr. 8). 4 Genesungen nach fieberhaften Erkrankungen, 2 nach Typhus, eine Manie, eine Paranoia, eine nach Scharlach (Paranoia), eine nach Pneumonie (Cerebralparalyse).
13. Ibid., Bd. 41, H. 3. Rath, über eine Typhusepidemie in der Anstalt Osnabrück. Von 24 Kranken 5 geheilt, 10 gebessert, 2 Todesfälle.
14. Ibid., Bd. 41, H. 4. Landerer, Heilung einer Psychose unter dem Einfluss eines Erysipels des Kopfes.
15. Ibid., Bd. 43, H. 3. Lehmann, zur Frage über den günstigen Einfluss acuter Krankheiten auf den Verlauf von Geistesstörungen. Ausführl. Litteraturangab.

16. Ibid., Bd. 44, H. 2 u. 3, S. 166. Snell, die Lungenschwindsucht bei Geisteskranken.
17. Ibid., Bd. 46, H. 5. Willerding, günstiger Einfluss fieberhafter Krankheiten auf Psychosen.
18. Schütze, günstiger Einfl. v. Rachendiphther. auf Manie. Archiv f. Psych., Bd. 20.
19. Metz, Heilung v. Paranoia nach Influenza. Neurol. Centralbl. 1890, H. 7.
20. I. Dinter, zwei Fälle v. Einwirk. von Gesichtserysipel auf bestehende Melancholie. Centralblatt für Nervenheilkunde 1889, Nr. 4.
21. Botkin, hämatolog. Untersuchungen b. Tuberculininjectionen. Deutsch. med. Wochenschr. 1892, Nr. 15.
22. Mucha, Influenzaepidemie in der Anstalt Göttingen. Berl. Klin. 1892, Nr. 26.
23. C. Golgi, deutsch. med. Wochenschrift 1892, Nr. 29.
24. M. Gauster, die Influenzaepidemie 1889/90 in der Landes-Irrenanstalt in Wien. Wiener med. Presse, 1890, 4 u. 5.

II. Referate und Kritiken.

399) **C. S. Sherrington:** Note toward the localisation of the knee-jerk. (The Brit. med. Journ. 12. März 1892, pg. 545.)

400) **C. S. Sherrington:** Addendum to note on the knee-jerk. (The Brit. med. Journ. 26. März 1892, pg. 654.)

S. fand, dass der Patellarreflex nicht vom ganzen M. Quadriceps und N. cruralis abhängt, sondern vom Vastus externus und M. crureus und von dem zu diesen Muskeln gehörigen Nervenzweige des N. cruralis. Wird dieser Nervenzweig durchschnitten, so schwindet sofort der Patellarreflex. Umgekehrt bleibt der Reflex bestehen, wenn alle zu den übrigen Muskeln führenden Nerven durchschnitten sind, bis auf den zum Vastus externus. S. bestätigt, dass Durchschneidung der Wurzel des 6. Lumbalnerven beim Kaninchen den Reflex verschwinden lässt; aber S. fand, dass dies nicht bei allen Kaninchen der Fall ist, dass vielmehr gelegentlich Durchschneidung des 5. Lumbalnerven dies bewirkt. Bei der Katze entsteht Steigerung des Reflexes, wenn alle Lumbosacralwurzeln bis auf die 6. durchschnitten sind, und Durchschneidung allein der 6. Wurzel bei Erhaltung aller übrigen hebt den Reflex auf. Beim Affen gilt dasselbe für die 5. Wurzel. Die 6. Lumbalwurzel der Katze entspricht der 5. Lumbalwurzel des Affen (Rhesus). Die 5. Lumbalwurzel vom Rhesus entspricht der 4. Lumbalwurzel des Menschen. Durchschneidung der hinteren Wurzel des 5. Lumbalnerven bei Rhesus hebt den Reflex auf; ebenso alleinige Durchschneidung der entsprechenden vorderen Wurzel. Durchschneidung der ganzen hinteren Wurzel ist nicht nöthig, es genügt Durchschneidung der Hälfte der hinteren Wurzel oder des Ganglions, um den Reflex aufzuheben. Bei Rhesus bekommt der Vastus externus Nerven von der 4., 5. und gewöhnlich 6. Lumbalwurzel,

aber der Kniereflex hängt allein von der 5. ab. Nach Durchschneidung des Rückenmarks bei Katze und Hund wird der Reflex sofort gesteigert. Bei Rhesus fand S. völliges Verschwinden des Reflexes in der Zeit von wenig Minuten nach völliger Durchschneidung des Marks in der Höhe der 9. Thor. Wurzel. Nach 3 Wochen erschien aber der Kniereflex wieder, zuerst schwach, dann stärker und war schliesslich sehr gesteigert. Nach Durchschneidung des Rückenmarks beim Affen in der Höhe der 2. Lumbalwurzel verschwand der Reflex auch, kehrte aber nicht wieder, obgleich die Beobachtung länger als 3 Monate dauerte. Longitudinale Durchschneidung des Rückenmarks in der Medianlinie durch die Lumbosacralgegend beeinflusst den Kniereflex nicht.

In seiner zweiten berichtigenden Notiz theilt S. mit. dass der Patellarreflex sehr gesteigert wird nach Durchschneidung der hinteren Wurzeln der Spinalnerven, welche die Unterschenkelflexoren innerviren. S. hat desshalb vor der Prüfung des Patellarreflexes auf solche Weise eine Steigerung desselben hervorgerufen. Dadurch wurde ihm klar, dass Durchschneidung der 5. vorderen Wurzel allein nicht völliges Schwinden des Patellarreflexes bewirkt; eine Spur des Reflexes kann noch durch sorgfältiges Prüfen erzielt werden. Diese Spur verschwindet nur nach Durchschneidung der 4. vordern Wurzel. Der Reflex hängt also ab in geringer Weise von der 4. und von der 5. Wurzel. Andererseits beeinflusst Durchschneidung der 4. vordern Wurzel ohne die 5. nicht bemerkenswerth den Reflex. Bezüglich der hinteren Wurzeln bleibt das früher Gesagte bestehen; Durchschneidung der 5. hinteren Wurzel allein macht den Reflex völlig schwinden.

R. Wichmann (Braunschweig).

---

401) **J. S. Risien Russell:** Report on an experimental investigation of the nerve roots which enter into the formation of the Brachial Plexus of the dog.

(The Brit. med. Journ. 28. Mai 1892.)

R. kommt zu folgenden Ergebnissen:

I. Electrische Reizung.

1. Die durch Reizung einer ganzen Nervenwurzel erzielte combinirte Bewegung ist wohl coordinirt und hängt von der Thätigkeit einer synergisch wirkenden Muskelgruppe ab.

2. Die combinirte Wirkung lässt sich in einzelne Factoren zerlegen, wenn in denselben Nervenwurzeln Antagonisten enthalten sind.

3. Diese einfachen Bewegungen stehen in einem bestimmten Verhältniss zu der Nervenwurzel und zum Rückenmarkssegment, z. B. Beugung des Ellbogens wird immer eine Wurzel höher erzielt als Streckung.

4. Fasern für eine bestimmte Bewegung haben immer dieselbe Lage in einer bestimmten Nervenwurzel, z. B. Extension des Handgelenks wird bewirkt durch ein Nervenfaserbündel im obern Theile, Flexion durch ein Bündel im untern Theile derselben Wurzel.

5. Jedes Nervenfaserbündel, welches eine einzige einfache Bewegung in einer Nervenwurzel besorgt, bleibt in seinem Verlauf zu dem Muskel oder zu den Muskeln, die solche Bewegung hervorbringen, für sich, ohne sich mit anderen motorischen Nervenfaserbündeln zu mischen.

6. Die Muskeln, welche von einer bestimmten Nervenwurzel innervirt werden, liegen an der vorderen und hinteren Fläche der Extremität, d. h. Fasern für die Antagonisten liegen in derselben Wurzel.

7. Die Nervenfasern des einen Bündels überwiegen die des andern in derselben Wurzel, so dass mit einem electrischen Strom, welcher alle Fasern einer Wurzel gleich reizt, gewisse Muskeln zu stärkerer Contraction gebracht werden, als andere.

8. Das Ueberwiegen der Muskelaction in einer Wurzel ist in dieser Wurzel constant.

9. Wenn die Flexoren eines bestimmten Gelenkes in einer Wurzel überwiegen, so überwiegen die Extensoren in einer andern Wurzel.

10. Es ist möglich, durch Reizung eines einzigen Faserbündels in einer Wurzel die Contraction eines einzigen Muskels allein hervorzurufen.

11. Der nämliche Muskel wird immer in mehr als einer Wurzel repräsentirt, gewöhnlich in zwei und in ungleichem Maasse.

12. Wenn der nämliche Muskel von 2 Wurzeln Fasern bezieht, so sind die durch die eine Wurzel innervirten Muskelpartieen nicht auch von der anderen Wurzel innervirt.

II. Experimente mittelst Durchschneidung.

1. Durchschneidung einer bestimmten Wurzel verursacht Parese der von ihr innervirten Muskelgruppe.

2. Diese Parese ist nur temporär und schwindet bald ganz.

3. Eine solche Durchschneidung führt nicht zu Incoordination der übrig gebliebenen Muskelcombinationen, die durch andere Wurzeln dargestellt sind.

III. Ausschaltung einer bestimmten Wurzel oder mehrerer Wurzeln während eines epileptiformen Krampfes in der Extremität.

1. Durchschneidung einer oder mehrerer Wurzeln verursacht Veränderung der Lage einer Extremität während des epileptischen Krampfes. Die veränderte Lage hängt von den besonderen Muskelcombinationen ab, deren Thätigkeit ausgeschaltet ist.

2. In der Thätigkeit der übrig bleibenden Muskelcombinationen tritt keine Incoordination ein.

3. Es besteht kein deutlicher Ueberfluss von Impulsen, der an den durchschnittenen Wurzeln vorbei auf neuen Bahnen durch die Rückenmarkscentren hindurch zu den Muskeln hinzugelangen sucht.

IV. Degenerationsmethode.

1. Hiermit werden die anatomischen Thatsachen bestätigt, welche die Durchschneidung ergeben hatte.

2. Die in den Nerven entstehende Degeneration ist nicht diffus, sondern auf bestimmte Nervenfaserbündel localisirt, die auf dem queren Durchschnitte der Nerven eine bestimmte Lage inne haben.

3. Waller's Beobachtung, dass, wenn eine Nervenwurzel auf der distalen Seite von Intervertebral-Ganglion durchschnitten ist, keine Degeneration von Fasern in der hinteren Wurzel zwischen Ganglion und Mark gefunden wurde, ist nicht bestätigt. Denn solche Degeneration besteht und drängt zu der Wahrscheinlichkeit, dass dort gewisse Nervenfasern sind, welche hin-

sichtlich ihrer trophischen Versorgung nicht von den Ganglien abhängig sind, sondern von irgendwo anders aus einem andern Rückenmarkssegment oder von der Peripherie herstammen. R. Wichmann.

---

402) Prof. **H. Krause**: Ueber die centripetale Leitung des N. laryngeus inf. und die pathologische Medianstellung des Stimmbandes.
(Berl. klin. Wochenschrift 1892, Nr. 20.)

R. Burkart hat in einer Arbeit über den Einfluss des N. vagus auf die Athembewegungen den Nachweis geliefert, dass der N. laryng. inf. centripetal-leitende Fasern enthält und Expirationsbewegungen auslöst. K. hat nun durch eine Reihe von Thierexperimenten diese Beobachtung nicht nur bestätigt gefunden, sondern auch noch dahin ergänzt, dass die centripetale Reizung der Nerven auch die Verengerung des Kehlkopfes, die Adduction der Stimmbänder und einen mehr oder weniger lang andauernden Stillstand der letzteren auszulösen vermag. Dadurch ist bewiesen, dass der Nerv. laryngeus ein gemischter Nerv ist, dass er neben motorischen auch sensible Fasern besitzt und daher auch dem Gesetze der Reflexe unterliegt. Der M. cricoarytaenoideus posticus ist dem zufolge auch nicht nur bei der Athmung betheiligt, sondern wirkt ebenso bei dem physiologischen Akte der Phonation mit wie bei der pathologischen Erscheinung der Medianstellung des Stimmbandes durch Reflexcontraction. Hoppe (Allenberg).

---

403) **H. Burger** (Amsterdam): Ueber die centripetale Leitung des Nervus laryngeus inferior und die pathologische Medianstellung des Stimmbandes.
(Berl. klin. Wochenschrift 1892, Nr. 30.)

B. hat die von Krause beschriebenen Thierexperimente nachgeprüft, aber es ist ihm ebenso wenig wie früheren Autoren gelungen, durch Reizung des centralen Recurrensstumpfes irgend welche Bewegung an den Stimmbändern hervorzurufen. B. polemisirt in Folge dessen gegen die Behauptung Krause's, dass der Recurrens auch centripetale Fasern enthalte und gegen die von Krause darauf gebaute Hypothese, dass eine Medianstellung des Stimmbandes die Folge einer Reflexcontractur sei.

Hoppe (Allenberg).

---

404) **H. Senator** (Berlin): Ueber Mitbewegungen und Ersatzbewegungen bei Gelähmten. (Vortrag in der Gesellschaft der Charité-Aerzte, 5. 11. 1891).
(Berl. klin. Wochenschrift 1892. Nr. 1 u. 2.)

S. bringt die Mitbewegungen und Ersatzbewegungen, welche unter pathologischen Verhältnissen auftreten, in drei Gruppen:

1. Unwillkürliche Bewegungen, welche in willkürlich beweglichen Muskeln auftreten, zugleich mit oder an Stelle von anderen gewollten Bewegungen (z. B. bei der Absicht, den gelähmten Arm zu bewegen, Ersatzbewegung in dem andern nicht gelähmten Arm). Dieselben können entweder symmetrisch oder unsymmetrisch und auch in den Antagonisten derjenigen Muskeln, welchen der Willensimpuls gilt, erscheinen.

2. Unwillkürliche Bewegungen, welche in willlkürlich nicht beweglichen Muskeln zugleich mit gewollten Bewegungen oder an Stelle derselben auftreten (symmetrisch oder unsymmetrisch).

3. Unwillkürliche Bewegungen, welche zugleich mit anderen unwillkürlichen Bewegungen oder an deren Stelle auftreten („reflectorische Mitbewegungen“).

Der letzte Grund dieser Erscheinungen war in den bisher beobachteten Fällen stets in den Centralorganen des Nervensystems zu suchen, sei es, dass man mit Westphal dieselben durch Ausfall der im normalen Zustande bestehenden Hemmungen (für die in den Einrichtungen des Centralnervensystems begründeten Mitbewegungen) erklärte oder dass man mit Hitzig eine erhöhte Erregbarkeit und damit eine Art Irradiation vom Gebiete der gewollten Bewegungen auf verwandte Muskelgebiete annahm (Senator neigt mehr der letzten Erklärung zu.)

Dass aber auch die Ursache im peripherischen Nervensysteme liegen könne, zeigt S. durch Veröffentlichung folgenden hochinteressanten Falles von Hemichorea posthemiplegica et Glossoplegia dextra.

Ein 53jähriger Maler (nicht belastet und nicht luetisch) fiel vor 12 Jahren von einem 2 Stock hohen Gerüste, wurde bewusstlos und erlitt mehrere Verletzungen am Kopfe, wegen deren er 7 Monate behandelt wurde (es wurden ihm 37 Knochensplitter entfernt). Ausser Kopfschmerzen blieb eine schmerzhafte Empfindung zurück, welche sich beim Schlucken an der rechten Seite des Halses unter dem Kieferwinkel geltend machte. Ein Jahr nach dem Unfall erlitt er einen Schlaganfall mit rechtsseitiger Hemiplegie, und Verlust der Sprache. Lähmung und Sprachlosigkeit besserten sich zwar allmählig (ohne ganz rückgängig zu werden). Doch blieb er arbeitsunfähig.

Bei der Aufnahme in die med. Klinik (Juni 1891) zeigte sich Parese, Contractur in den rechten Extremitäten mit Herabminderung der Sensibilität, Steigerung der Sehnenreflexe und Fussclonus (rechts). Der rechte Arm wurde in der Ruhe leicht gebeugt am Rumpf gehalten, die krampfhaft flectirten Finger klappten sofort wieder zusammen, wenn die Hand (mit Anstrengung) geöffnet wurde. Bei physischen Erregungen, beim Gehen, bei jedem Versuche, den paretischen Arm willkürlich zu bewegen und öfters auch bei ausgiebigeren Bewegungen des linken Armes traten äusserst lebhafte choreatische Bewegungen des rechten Arms ein. Besonders bemerkenswerth sind aber die Mitbewegungen, welche der gelähmte Arm beim Herausstrecken der (sehr stark nach rechts abweichenden) Zunge zeigte. Derselbe wird sofort mit einem krampfhaften Ruck im Ellenbogengelenke gebeugt und die Hand mit gestrecktem Zeigefinger, während die andern Finger zur Faust geballt sind, bis zur Höhe des Ohres und der Schläfe in die Höhe geschnellt, wie zum militärischen Gruss. Bei einer (intendirten oder passiven) Bewegung des Armes tritt eine Mitbewegung der Zunge nicht ein. Da die Mitbewegung des Armes auch erfolgt, wenn die Zunge passiv ganz langsam und schonend hervorgezogen wird, da die erstere ferner durch einen (etwas tiefen) Druck auf die empfindliche Stelle am Halse und etwas weiter abwärts am Rande des Sternocleidomastoideus bis zur Grenze des oberen Drittels derselben hervorgerufen werden kann (dabei unter Umständen Abwehrbewegungen mit dem linken Arm), so schliesst S. auf entzündliche Verwachsungen des Plexus brachialis, herrührend von einer Verletzung beim Sturze vom Gerüste und auf einen beständigen

Reizzustand der Nerven, welcher bei der mit dem Herausziehen der Zunge verbundenen Zerrung der entzündlichen Verwachsungen so gesteigert wird, dass es zu der krampfhaften Bewegung des Armes kommt.

Hoppe (Allenberg).

---

405) Joffroy et Ch. Achard: Contribution à l'étude de l'atrophie musculaire chez les hémiplégiques.

(Archives de médicine expérim. et d'anatomie path. 1991.)

Zwei Fälle von Muskelatrophie bei Hemiplegikern kamen, der eine 2 Jahre, der andere 27 Jahre nach der Apoplexie zur Obduction. Bei dem ersteren fand man nur geringe Störungen der Vorderhornzellen des Rückenmarkes, bei dem zweiten eine beträchtliche Atrophie derselben. Auf Grund dieser und ähnlicher Obductionsbefunde glauben die Verf. jene Theorien, welche die Muskelatrophie bei Hemiplegie auf eine Neuritis oder bei sehr frühem Auftreten auf die Störung von trophischen Rindencentren zurückführen, zurückweisen zu müssen; sie behaupten vielmehr, dass diese Atrophie immer zurückzuführen sei auf eine Alteration der Vorderhornzellen, die von den erkrankten Pyramidenbahnen beeinflusst werden; sie sehen in der mit der Atrophie durchgehend verbundenen Contractur gleichfalls einen Beweis für die Reizung der Vorderhornzellen; tritt in letzteren eine Erschöpfung ein, so resultire daraus eine Atrophie, gleichviel ob jene Läsion der Ganglienzellen schon anatomisch nachweisbar wäre oder aber, wie im Anfangsstadium zu erwarten war, erst dynamischer Natur wäre.

Strauscheid.

---

406) W. v. Bechterew: Zur Frage über die Blutcirculation im Hirn während epileptischer Anfälle nach den Untersuchungen von Dr. Todorsky.

(Neurol. Centrallbatt 1891, Nr. 22.)

Epileptische Anfälle wurden bei Thieren (Hunden und Katzen) entweder durch Reizung der Hirnrinde mittels des Inductionsstromes oder durch Injection von Wermuthessenz, Cinchonin resp. Cichoridin in die Schenkelvene herbeigeführt. Die Beobachtung der Blutcirculation während des epileptischen Anfalls geschah sowohl direct durch eine Trepanationsöffnung als auch durch die gleichzeitig vorgenommene Messung des Seitendruckes im Circulus Willisii und in der Aorta.

Die zahlreichen Versuche Todorsky's führten zum Ergebnisse, dass während des epileptischen Anfalles verstärkter Blutzufluss zum Gehirn stattfindet. Die dadurch bewirkte Spannung der Hirnsubstanz nimmt gegen das Ende des Anfalls allmählig ab, aber die stärkere Füllung der Gefässe hält sich deutlich noch einige Zeit lang, um erst im comatösen Zustand zu verschwinden. Die Röthung und Spannung des Gehirns war bei den durch Injection der oben bezeichneten Substanzen herbeigeführten Anfällen stärker als bei der Reizung der Hirnrinde durch den Inductionsstrom. Im Momente der Reizung stieg der Blutdruck in beiden Enden der Carotis (fast immer stärker im centralen), fiel aber bald darauf wieder auf das normale Niveau; zu Anfang der tonischen Periode stellte sich aber gewöhnlich eine neue Hebung des Blutdrucks in beiden Enden der Carotis ein (stärker im centralen), welche ihre grösste Höhe zu Ende der tonischen Periode erreichte;

zu Anfang der klonischen Periode und theilweise noch während derselben fällt allmählig der Blutdruck in den beiden Enden der Arterie stärker und wird zu Ende des Anfalls normal. —

Zugleich mit dem Blutdruck in der Carotis verändern sich auch die Herzthätigkeit und die Athmung. Zu Anfang des tonischen Stadiums zeigt sich mehr oder minder deutliche Verlangsamung und Kraftzunahme der Herzaction, die aber bald stark beschleunigt und schwächer wird. Zu Anfang des klonischen Stadiums beginnt das Herz wieder langsamer zu schlagen und erhält in der comatösen Periode allmählig den normalen Rhytmus.

Die Athmungswellen schwinden während der Krämpfe fast gänzlich und stellen sich erst im comatösen Stadium wieder ein.

Durchschneidung beider Vagi und Halssympathici änderte an den Erscheinungen während des Anfalls nichts. Ebenso waren die Veränderungen der Blutcirculation bei durch Curare vergifteten Thieren ähnlich denjenigen bei nicht vergifteten Thieren. Hoppe (Allenberg).

---

407) Dr. **R. Vizioli**: Hypertermia ed hypotermia in un caso di isterismo con annotazione sulla nutrizione delle isteriche.

(Annali di Nevrologia 1891, fasc. V u. VI.)

Ein lediges 30jähriges Fräulein von ausgesprochen neuropathischer Constitution erkrankte an heftigen Zahnschmerzen mit leichtem Fieber; nach 4 Tagen hörten erstere auf, doch war die Temperatur noch eine Woche lang zwischen 37 und 38,5. In der zweiten Woche erreichte die Körperwärme mehrmals 41,0 bei gutem Allgemeinbefinden. Im Beginn der dritten Woche ein neunstündiger Anfall von Lethargie, nach welchem die Temperatur gleich gemessen wurde und 43,5 betrug. Controlmessungen mit anderen Thermometern bestätigen diesen Befund. Diese Anfälle von Lethargie waren meist von überhohen (bis 45,0), mitunter auch von sehr niederen Temperaturen (bis 34,5) begleitet und gefolgt. Geräusche um die in Lethargie liegende Kranke führten mehrfach zu Zuckungen oder gar richtigen clonischen Krämpfen und Erregungszuständen. Gegen das Ende der vierten Woche trat eine 7tägige complete Anurie und unstillbares Erbrechen ein, welches stets mit der noch 5—6mal sich wiederholenden Anurie zusammenfiel. Puls und Respiration waren auch bei den höchsten Temperaturen stets normal befunden worden und die Haut war nur nach den Erregungszuständen mit leichtem Schweiss bedeckt. Der Urin, der nach der 7tägigen Anurie entleert ward, betrug 400—500 Gramm; sein specifisches Gewicht war sehr niedrig und er enthielt nur sehr wenig Harnstoff, obwohl die Temperatur in dieser Zeit 4 Tage lang sehr hoch war. Während dreier Monate, in denen die Hyperthermie bestand, magerte die Kranke trotz des Erbrechens und spärlichen Ernährung kaum ab. Sie genas plötzlich in Folge einer religiösen Autosuggestion an einem Kirchenfeiertage.

Der Verfasser hält die Hyperthermie in diesem und ähnlichen Fällen für ein hysterisches Aequivalent.

Bei den hysterischen Krämpfen soll der Stoffwechsel stets herabgesetzt sein, bei den epileptischen dagegen gesteigert, was von grosser Wichtigkeit für die Differentialdiagnose sei. Dr. Feist.

---

408) **Pierre Marie**: Les arthropathies tabétiques.

(Gazette hebdomaire 1892, Nr. 20, S. 230—335.)

Der Verfasser behandelt das Kapitel über die tabische Arthropathie in klarer, dem augenblicklichen Standpunkt der Wissenschaft entsprechender Weise.

Die Arthropathie macht sich nach den Erfahrungen Marie's mehr oder minder plötzlich, stets jedoch innerhalb weniger Stunden bemerkbar. Eine Anschwellung des Gelenkes ist eines der ersten Hauptkennzeichen; ihm gesellt sich im Anfange häufig ein Krachen in dem Gelenke hinzu. Die Schwellung kann nach wenigen Tagen bereits, oft erst auch nach Monaten zurückgehen; je nachdem ist die Beweglichkeit mehr oder minder behindert. — Ein weiteres Hauptsymptom ist die Schmerzlosigkeit.

Was ferner das Auftreten der Affection mit Rücksicht auf den Verlauf der Tabes betrifft, so lehrt die Statistik von Kredel, dass sich dieselbe 21mal im Prodomalstadium, 38mal im 1.—5. Jahre, 32mal im 5.—10. Jahre, 41mal nach dem 10. Jahre der Erkrankung einstellte. — Ueber das Alter der Patienten fehlen zur Zeit noch Angaben. Dass die Arthropathie sich schon frühzeitig entwickeln kann, lehrt eine Beobachtung von Charcot und Féré, wonach ein Jüngling von 20 Jahren (mit vom 18. an beginnender Tabes) an ihr erkrankte. — Das weibliche Geschlecht scheint mehr dazu zu disponiren als das männliche. Von 100 Fällen, die Weissäcker zusammengestellt hat, betrafen 73 Männer und 39 Frauen; jedoch ist hierbei in Betracht zu ziehen, dass die Tabes bei Weibern verhältnissmässig selten ist. — Ueber die Häufigkeit des Leidens existirt eine Statistik von Erb, der unter 56 Tabikern an zweien die Arthropathie beobachtete. Marie setzt seinerseits den Procentsatz gleichfalls auf 4—5%, — Am häufigsten wird das Knie befallen (nach der Statistik von Flatow in 149 Fällen 60mal, davon 13mal beiderseitig), dann der Fuss (bei 39 Kranken von 149, darunter 8mal symmetrisch), ferner die Hüfte (bei 38 Kranken, darunter 6mal doppelseitig) und die Schulter (bei 27 Kranken, darunter 6mal doppelseitig). Die Gelenke des Ellenbogens, der Hand, der Finger, des Kiefers werden nur selten ergriffen (4—6mal unter 148).

Wir übergehen die pathologische Anatomie der tabischen Gelenke und wollen nur mit Marie hervorbeben, dass an den Knochenenden sich ein atrophischer und ein hypertrophischer Process unterscheiden lässt (einige instructive Präparatenzeichnungen erläutern diese Vorgänge). Gewisse Gelenke reagiren im Allgemeinen nur auf den einen, andere auf den anderen Typus der Veränderung; jedoch kommen Atrophie und Hypertrophie auch an ein- und demselben Gelenke vor.

Ueber die Natur des Leidens existiren zwei entgegengesetzte Theorien: die einen halten es für nervösen, die andern für nicht nervösen Ursprunges. An der Spitze derer, die als Initialursache eine nervöse Läsion erblicken, steht Charcot. Er erklärt die Arthropathie für eine trophische Störung, die durch eine Läsion des Rückenmarkes, wahrscheinlich durch eine solche der grauen Vorderhörner im Anschluss an die Hinterstränge bedingt wäre. Andere Autoren geben dieser Läsion eine andere Localisation. Buzzard geht von den gastrischen und laryngealen Krisen aus und legt, da dies bulbäre Symptome sind, das trophische Centrum für die Knochen und Gelenke

in den Bulbus. Für diese Auffassung liegen bisher noch keine anatomischen Beweise vor; ausserdem spricht gegen sie die Statistik Weissäckers, wonach unter 109 Fällen von Arthropathie nur an 40 gastrische Krisen festgestellt wurden. Noch andere Autoren, fussend auf die Untersuchungen von Pitres und Vaillard, Westphal und Siemerling über Läsionen der die befallenen Knochen ernährenden Nerven, sehen die Störungen für periphere an.

Diesen Hypothesen von einem nervösen Ursprunge der tabischen Arthropathie stehen nun verschiedene abweichende Ansichten gegenüber. Volkmann gab einem Trauma die Schuld, das gerade bei Tabikern in Folge der Incoordination ihrer Bewegungen die Gelenke leicht treffen kann. Dem gegenüber ist zu erwidern, dass in einer guten Anzahl von Fällen das Leiden sich bereits vor Eintritt der Motilitätsstörungen äusserte. — Strümpell hält die Arthropathie für syphilitischen Ursprunges, eine Ansicht, die an Wahrscheinlichkeit verliert, wenn man bedenkt, wie wenige der zahlreichen Syphilitiker von ihr befallen werden. — In England ist die Auffassung sehr verbreitet, dass das Leiden nur eine Form der chronischen rheumatischen Arthritis sei; auch Virchow spricht sich für eine Identität mit der Arthritis deformans aus. Marie leugnet nicht, dass mehrfache Aehnlichkeitspunkte zwischen beiden Erkrankungen existiren, jedoch nur auf den ersten Anblick. Denn die Abweichungen zwischen ihnen sind noch viel ausgesprochener. Abgesehen von dem anatomisch-pathologischen Befunde unterscheidet sich das Bild der deformirenden Arthritis von dem der tabischen Arthropathie durch den langsameren, allmählicheren und gewöhnlich mit manchmal sehr heftigen Schmerzen einhergehenden Verlauf, durch den fehlenden oder nur sehr geringen Erguss, durch die sich sogleich bei Beginn entwickelnde Hypertrophie (bei Arthropathie im Anfange stets Atrophie), durch die erschwerte und eingeschränkte Beweglichkeit der befallenen Gelenke (bei Arthropathie ist die Beweglichkeit ungemein gesteigert) u. a. m.

Marie selbst tritt für die Charcot'sche Erklärung ein.

Buschan-Stettin.

---

409) **F. Feinberg** (Kowno): Vier Fälle von Diabetes mellitus syphilitischen Ursprunges.

(Berl. klin. Wochenschrift 1892, Nr. 6 u. 7.)

Beobachtungen über Diabetes in Folge von Syphilis sind sehr selten. Scheinmann hat 1884 neun solcher Fälle gesammelt und einen von ihm selbst beobachteten hinzugefügt (Jahresber. über Fortschr. d. ges. Med.)

F. ist nun in der Lage, 4 neue Fälle mitzutheilen, die in dem von ihm geleiteten Stadtkrankenhause zu Kowno behandelt wurden und neben den Erscheinungen der Syphilis des Centralnervensystems ausgesprochenen Diabetes mellitus zeigten.

1. Fall. 27jähriger Patient acquirirte 1885 Lues. 1887 trat unter starkem Durst und ungewöhnlicher Trockenheit im Munde Polyurie ein, in Folge deren er stetig abmagerte und schwächer wurde.

Stat. praes. vom 3. Nov. 87: Gesicht gedunsen, Conjunctiven injicirt. Inguinal-, Cubital- und Halsdrüsen geschwollen, indolent. Leber und Milz bedeutend vergrössert. Rechte Pupille kleiner als die linke. Sensibilität und Reflexe der oberen Extremität erhöht, in der unteren

ein Gefühl von Ameisenkriechen. Puls sehr langsam (42). Klagen über unstillbaren Durst, häufiges Uriniren und ausserordentlich heftige Rückenschmerzen, welche in Anfällen von $^{1}/_{2}$—1 Minute auftreten und zuweilen auf die oberen Extremitäten und die Hypochondrien sich verbreiten (objectiv: erhöhte Sensibilität des Rückgrats). — Zuckergehalt des Urins 10%.

Während eine antidiabetische Cur erfolglos blieb, im Gegentheil Diarrhoien, Oedeme und Ascites hinzutraten, nahm unter einer antisyphilitischen Behandlung der Zuckergehalt und die Quantität des Urins, sowie der Durst ab, Schmerzen, Diarrhoien und Ascites verschwanden, Leber und Milz wurden bedeutend kleiner. Das Aussetzen der Einspritzungen wegen Salivation führte zu neuen Exacerbationen der Rückenschmerzen, die von Zuckungen in den unteren Extremitäten begleitet waren. Jetzt fehlte auch das Kniephänomen, der Rücken vom 7. Hals- bis zum 12. Brustwirbel und die Brust bis zum Nabel zeigte sich für alle Sensibilitätsqualitäten abgestumpft, während unterhalb des 12. Brustwirbels Hyperalgesie bestand; Harnblase leicht paretisch. Nach einigen Tagen wurden desshalb die Quecksilbereinspritzungen von Neuem aufgenommen, aber nach 6 Wochen vor dem Ende der Behandlung durch das Austreten des Kranken aus dem Krankenhause unterbrochen. Die Schmerzen, die Anaesthesien und die Parese der Harnblase waren geschwunden, geblieben war eine erhöhte vasomotorische Erregbarkeit der Haut und ein mässiger Zuckergehalt des Urins.

F. glaubt, dass es sich in diesem Fall um eine Meningitis syphilitica diffusa handelte, welche sich auf den hinteren Theil des Rückenmarks beschränkte und einen Druck auf die hinteren Wurzeln und die Rami communicantes der letzten Hals- und ersten Brustganglien ausübte, wobei er auf die Versuche von Eckhard hinweist, welcher durch Durchschneidung der letzten Hals- oder ersten Brustganglien des Sympathicus Diabetes hervorrief.

Der 2. Fall betrifft einen Arzt, der sich in seiner Studentenzeit (1877) mit 19 Jahren inficirt hatte, aber nach innerlichem Gebrauch von Quecksilber nach einem halben Jahre für völlig hergestellt erklärt worden war. Im Jahre 1880 erkrankte er an einem hartnäckigen 2 Jahre dauernden Magendarmkatarrh, in dessen Gefolge er sehr nervös u. impotent wurde und abmagerte. 3 Jahre fühlte er sich dann verhältnissmässig gesund, bis im Herbst 85 rheumatische Schmerzen in den Schultern sich einstellten und Sommer 86 unter erhöhtem Durst und progressiver Abmagerung Polyurie und Zucker im Harn auftrat. Eine antidiabetische Cur verringerte zwar die Harnquantität und den Zuckergehalt, doch begannen 8 Monate später epileptoide Anfälle mit grösserer oder geringerer Störung des Bewusstseins, welches aber erst nach Verallgemeinerung der Krämpfe schwand. Dieselben gingen vom linken Bein aus, auf den linken Arm und schliesslich auf die rechte Köperhälfte über, dauerten einige Minuten und hinterliessen nur eine kurze Zeit dauernde Hemiparese (links). —

Die durch die Diagnose Hirnsyphilis indicirte antiluetische Cur führte zur schnellen Besserung aller Erscheinungen. Wegen leichter neurasthenischer Störungen wurde noch zweimal eine Inunctionscur eingeleitet. Seit der letzten ist Patient, obwohl er die antidiabetische Diät aufgegeben hat, völlig gesund.

F. nimmt zur Erklärung dieses Falles eine endarteritische Erkrankung einer kleinen, die Region des Cl. Bernard'schen Stiches versorgenden Arterie an, zu welcher sich später eine circumscripte gummöse Geschwulst in der motorischen Region der Hirnrinde gesellt haben mag. Eine solche Geschwulst würde am besten die Art der epileptischen Krämpfe erklären.

Der 3. Fall betraf ein 28jähriges Mädchen, welches mit einem luetischen Manne zusammenlebte und im Jahre 1889 deutliche Zeichen der Lues bot. (Polyadenitis, Plaques muqueuses.) Zwei Jahre später stellten sich in Folge einer heftigen Gemüthserschütterung hysterische Zustände ein und bald darauf begannen heftige Kopfschmerzen mit nächtlichen Exacerbationen, die häufig von Erbrechen begleitet waren und zusammen mit Appetitlosigkeit und Obstipation schliesslich starke Anämie und allgemeinen Kräfteverfall herbeiführten. Dazu gesellten sich Erscheinungen der Bulbärparalyse (näselnde Sprache, Schwerbeweglichkeit der Lippen und Zunge, der Uvula und der Gaumenbögen) und Parese des den M. levator palpebrae sup. innervirenden Oculomotoriuszweiges. Nach einigen Monaten erreichte die Bulbärparalyse ihre volle Entwicklung; es waren afficirt: die unteren Zweige des N. facialis, der N. hypoglossus, der N. glossopharyngeus und Aeste des Oculomotorius; das Schlucken kleiner Stücke fester Nahrungsmittel war bedeutend erschwert, Flüssigkeiten kamen durch die Nase zurück. Zugleich zeigte sich eine bedeutende Vermehrung des Harns (ca. 5 Liter tgl.), der 2% Zucker enthielt.

Die Einleitung einer antiluetischen Cur liess alle diese Erscheinungen schnell schwinden. Nach 40 Inunctionen und Gebrauch von tgl. 4 gm Jodkali. war nicht nur die Bulbärparalyse gehoben, sondern auch der Durst und die Harnmenge hatten abgenommen und der Urin zeigte nur noch Spuren von Zucker. Darauf entzog sich die Patientin der Behandlung.

Progressive Bulbärparalyse war wegen der Betheiligung der Oculomotoriusäste, des Erbrechens und der Kopfschmerzen, — acute Bulbärparalyse durch Embolie an der Hirnbasis wegen der allmähligen Steigerung der Symptome und Mangel der Erscheinungen von Seiten des Gefässapparates, von Krämpfen und Hemiplegie, — eine Gummigeschwulst, weil Reizerscheinungen fehlten, — Infiltrationen der Gehirnbasis wegen der Beschränkung auf einige Nervengebiete auszuschliessen. Es musste daher eine endoarteriitische Lumenverengerung derjenigen Gefässe angenommen werden, welche den Boden des 4. Ventrikels versorgen.

Im 4. Fall ist der Ursprung aus Lues nicht sichergestellt. Die 31-jährige Patientin und ihr Bruder sind die einzig Ueberlebenden von 14 Geschwistern. Von ihren 5 Kindern sind drei gestorben. Das jetzige Leiden begann 86 mit heftigen Kopfschmerzen, die sich Nachts noch steigerten und trotz aller angewandten Mittel nur zeitweise intermittirten, dazu gesellten sich im Frühling 87 heftiger Durst, Sehschwäche und Schwäche erst des linken Armes, dann des linken Beines. — Im Krankenhause wurde Parese der linken unteren Facialisäste, Parese der linken Körperhälfte (Sensibilität erhalten, aber Sehnenreflexe erhöht), linksseitige Hemianopsie, Erweiterung der rechten Pupille, Polyurie (18—20 Lit.) und Glycosurie ($^1/_2$%) constatirt. Der Puls war bedeutend beschleunigt (102), links fast gar nicht zu fühlen. Die linke Körperhälfte zeigte sich mit strahlenförmigen Narben bedeckt, die Leistendrüsen angeschwollen.

Im weiteren Verlauf kam, weil eine antiluetische Behandlung nicht vertragen wurde und ausgesetzt werden musste, Parese der linken oberen Augenlider, Erweiterung der linken Pupille, Verlust der Reaction auf Licht und der Accomodation hinzu und die Hemianopsie ging plötzlich auf die rechte Hälfte des Gesichtsfeldes über. Bei rapidem Kräfteverfall verliess Patientin das Krankenhaus.

Der progressive bösartige Verlauf spricht nach F. für einen Tumor, den er wegen der Hemianopsie und bei Mangel von Hemianästhesie im Tract. opticus localisirt. Er weist dabei auf die Beobachtungen Oppenheim's hin, welcher die schwankende Hemianopsie (Hemianopsie bitemporalis fugax) als characteristisches Merkmal einer recht vascularisirten Gummigeschwulst im Bereiche des Chiasma ansieht. Die Hemiparese würde sich am besten durch Combination mit einer specifischen Gefässerkrankung von Aesten der Art. foss Sylvii erklären.

Hoppe (Allenberg).

---

410) **P. Blocq** et **J. Onanoff** (Paris): Sur un cas d'association tabeto-hystérique suivie d'autopsie. Tabes supérieur incipiens avec lésion des noyaux bulbaires.

(Arch. de méd. expérimentale et d'anatomie path., Nr. 3, 1892.)

Ein 35jähriger Pferdeknecht, Sohn eines Potators und selbst Potator, der keine Syphilis gehabt hat, erlitt vor 2 Jahren einen Pferdetritt oberhalb des rechten Auges, worauf er $1^1/_2$ Stunden bewusstlos blieb. Die Wunde heilte rasch und nach einigen Tagen konnte er wieder arbeiten ohne irgend welche Störungen. Anderthalb Monate nachher bemerkte er, dass beide Augen nach aussen abgelenkt waren und dass seine Stirn eisig war. Ausserdem traten jetzt heftige Kopfschmerzen auf und die Sehschärfe nahm ab. Ein Jahr nach dem Unfalle trat plötzlich spontan ein heftiger Schmerz in der rechten Schulter auf, der nach 4 Tagen einer unvollständigen Monoplegie des rechten Armes Platz machte. Pat. kam dann in die Klinik von Debove, wo beiderseitige complete Oculomotoriuslähmung, Anästhesie der Gesichtshaut bis zur Unterlippe heruntergehend, Anästhesie und Parese des rechten Armes, starke concentrische Gesichtsfeldseinengung ohne ophthalmoscopischen Befund constatirt wurde. Debove stand nicht an, die Krankheitserscheinungen auf traumatische Hysterie zurückzuführen und stellte den Fall als solchen in der Société médic. des hopitaux vor; Berichte darüber haben auch in der deutschen Litteratur Erwähnung gefunden. Kurze Zeit nachher kam Pat. in Charcot's Klinik. Hier wurde derselbe Befund wie oben erhoben. Das Gesicht (Conjunctiva u. Cornea eingeschlossen) war bis zum Munde hin vollkommen anästhetisch und analgisch. Der Pharynxreflex fehlte rechts, der Geschmack wurde links langsamer empfunden. Die Pupillen sind etwas verengt und reagiren weder auf Licht noch auf Accomodation. Um zu untersuchen, ob der Strabismus divergens nicht auf einem Krampfe der recti externi beruhe, wurde Patient im tiefen Chloralschlaf untersucht. Der Strabismus bestand auch jetzt unverändert fort. Die Pupillen waren jetzt stark erweitert, reagirten aber auf Lichteinfall in keiner Weise. Nach einiger Zeit starb Patient an Phthisis pulmonum. Die Section und nachherige Untersuchung der gehärteten Organe ergab folgenden Be-

fund: An der rechten Hemisphäre bestanden drei kleine, oberflächliche Erweichungen. Das Rückenmark zeigte in den beiden oberen Dritteln der Dorsalgegend und in der gesammten Cervicalgegend eine rechts stärker als links ausgesprochene streifenförmige Sclerose der Burdach'schen Stränge. Diese sclerotischen Partieen waren sowohl von der grauen Commissur, wie von den Hinterhörnern durch einen Streifen gesunden Gewebes getrennt; die Goll'schen Stränge waren überall intact. Von der Cervicalanschwellung an trat in der Mitte des sclerotischen Streifens ein Streifen gesunden Gewebes aus, der allmählich breiter wurde bis zum Erscheinen des grauen Kernes des Keilstranges, der auf jeder Seite die sclerotische Partie in zwei völlig getrennte Theile schied. In der mittleren Olivengegend war die Degeneration völlig verschwunden. Die aufsteigende Trigeminuswurzel ist degenerirt, der Kern der sensiblen Wurzel zeigt weniger Ganglienzellen, die zumeist verkleinert und deformirt sind; die grosse, sensible Trigeminuswurzel ist stark degenerirt, während die motorische Wurzel normal ist. Der gesammte Oculomotoriuskern zeigt beiderseits starke Atrophie; nur noch sehr wenige normale Ganglienzellen sind erhalten. Die Oculomotorii selbst sind vollständig degenerirt, die zugehörigen Muskeln ganz atrophirt. Auffallend ist, dass, während die Oculomotoriuskerne ganz atrophisch und die peripheren Oculomotorii ganz degenerirt sind, das dazwischen liegende intrabulbäre Wurzelstück verhältnissmässig nur wenig degenerirt erscheint. Es stimmt dies überein mit der Erfahrung der experimentellen Physiologie bei Durchschneidungen, dass die intramedullären Nervenfasern sehr viel langsamer degeneriren wie die peripheren Nervenfasern. Der opticus und abducens waren völlig normal.

Die vorliegende Beobachtung zeigt manche interessante Punkte. Es ist nunmehr erwiesen, dass die beiderseitige Oculomotoriuslähmung und die Gesichtslähmung auf die Tabes zurückzuführen sind. Die concentrische Gesichtsfeldeinengung und die Parese des Armes beziehen die Verf. auf zugleich bestehende Hysterie. Sehr bemerkenswerth ist, dass Pupillen, die auf keinerlei Reiz ihre Weite mehr verändern, im tiefen Schlafe beträchtlich weiter werden, ohne aber dabei nun sonst irgendwelche Reaction zu zeigen. Es dürfte diese bisher unbeobachtete Thatsache in ähnlichen Fällen genauer nachzuforschen sein. Die Sensibilitätsstörung im Gesichte bei Tabes (die „tabetische Maske“ Charcot's) ist wie in unserem typischen Falle characterisirt einerseits durch subjective Parästhesien, andrerseits objectiv durch Hyperästhesie oder Anästhesie, welche, wie auch hier, in der Regel das Kinn frei lassen. Die beschriebene Localisation der noch relativ frischen Tabes entspricht im Ganzen den bei Tabes incipiens auch sonst gefundenen Veränderungen. Schliesslich sei auf die Schwierigkeit der Diagnose bei beginnender Tabes cervicalis und auf die Aetiologie der Erkrankung (Trauma) hingewiesen. Strauscheid.

---

411) **Awtowkratow**: Ueber Veränderungen in den Kernen der Hirnnerven bei paralytischem Blödsinn.

(Neurol. Centralbl. 1892, Nr. 13 u. 4.)

A. hat im Mendel'schen Laboratorium in 4 Fällen von Dementia paralytica die Kerne der Hirnnerven systematisch untersucht, da auf Veränderungen in denselben eine Reihe von Störungen während des Lebens

und vereinzelte neuere pathologische Beobachtungen hinweisen. In allen 4 Gehirnen zeigten sich die Kerne der Hirnnerven pathologisch verändert; in einem Falle nur, wo der Patient im Anfangsstadium der Paralyse starb, beschränkten sich die Veränderungen auf die Kerne des Facialis und des Hypoglossus.

Auch in den übrigen Fällen waren die Veränderungen nicht in allen Kernen und nicht in allen gleich intensiv ausgeprägt. In 2 Fällen war der Acusticuskern gar nicht verändert, in einem Falle der motorische Trigeminuskern unbetheiligt. In den befallenen Kernen waren manche Zellen pathologisch, andere aber fast normal. Augenscheinlich erkranken also nicht alle Kerne zu gleicher Zeit, Facialis und Hypoglossus scheinen früher Veränderungen zu erleiden, während der Acusticus widerstandsfähiger zu sein scheint. Die Veränderungen selbst haben eine grosse Aehnlichkeit mit den Veränderungen der Nervenzellen in anderen Hirnabschnitten; sie beginnen mit einer parenchymatösen Aufquellung und endigen mit Pigmentdegeneration. Je länger die Krankheit dauert, um so stärker pflegen die degenerativen Veränderungen in den Kernen ausgeprägt zu sein. Diese Veränderungen treten übrigens um so deutlicher hervor, je mehr an einer gewissen Stelle die Gefässwandungen verändert sind. Hoppe (Allenberg).

---

412) **E. Leyden**: Ueber die Behandlung der Tabes. (Vortrag in der Hufeland'schen Gesellschaft.)

(Berl. klinische Wochenschrift 1892, Nr. 17 u. 18.)

L., welcher den Pessimismus, wie überhaupt in der Therapie, so auch speciell in der Therapie der Tabes für ungerechtfertigt und verwerflich hält, entwirft in grossen Zügen ein Bild von der Entwickelung der therapeutischen Massnahmen bei der Behandlung der Tabes und bespricht eingehend den Werth sowohl der directen als der indirecten Methoden der medicamentösen und der mechanischen Behandlung. Eine specifische Wirkung der medicamentösen Heilmittel in dem Sinne, dass dieselben im Stande wären, den anatomischen Process auch nur theilweise rückgängig zu machen, erkennt L. nicht an, doch giebt er die Möglichkeit einer zeitweiligen Besserung resp. der Linderung einzelner Symptome durch Mittel wie Argent. nitr. und Jodkalium zu. Was das Quecksilber anbetrifft, so hält L. den Gebrauch desselben für nutzlos. Dies ist einer der Gründe, welcher L. veranlasst, auf seinem Standpunkt zu verharren, dass die Tabes mit der Syphilis nicht das geringste zu thun habe. Ueber das neueste von Constantin Paul empfohlene Heilmittel, welches in Injectionen von Extracten aus Hammelhirn besteht, geht L. mit wohlberechtigtem Spott hinweg.

Von den mechanischen Behandlungsmethoden, welche in den letzten Jahren aufgetaucht sind, hält L. die Massage, die Nervendehnung und die Suspensionsmethode für illusorisch und erkennt nur einen gewissen psychischen Einfluss derselben, die Möglichkeit einer Wirkung durch Suggestion an. Etwas höher stellt L. die orthopädische Behandlung, wie er denn überhaupt alle diejenigen Methoden, welche die Kräftigung und die Erhöhung der Widerstandsfähigkeit bewirken, für besonders werthvoll hält. Von diesem Gesichtspunkt und von dem der psychischen Einwirkung betrachtet er vorzugsweise den Einfluss der Electricität, wenn er auch eine positive Wirkung

auf die peripheren Nerven nicht ganz ausschliesst. Vor Allem aber kommt es nach L. bei unserer Unfähigkeit, den anatomischen Process zu beeinflussen, darauf an, die Folgen derselben zu ermässigen oder zu beseitigen, die ausgleichenden Potenzen in ähnlicher Weise zu stärken und zu befördern, wie wir das seit langer Zeit bei der Therapie der Herzklappenfehler zu thun gewohnt sind. Der auf diese „compensatorische Therapie" gerichteten Behandlungsweise redet L. sehr das Wort. Er empfiehlt daher die gymnastische Methode Frenkel's, welcher in seiner Curanstalt (Horn am Bodensee) die Ataxie durch Kräftigung der Muskeln zu compensiren sucht und durch systematische Uebungen der Arme und Beine an sinnreich construirten Apparaten erfolgreich behandelt. Allerdings gehört dazu viel Geduld und Ausdauer von Seiten des Patienten, sowie des Arztes. Ausserdem muss die compensatorische Therapie durch die Allgemeintherapie unterstützt werden: kräftige Ernährung, psychische Aufmunterung, welche zu Hoffnungsfreudigkeit und consequenter Energie führt, sind nothwendig, um Erfolge zu erreichen.

Zum Schluss bespricht L. noch kurz die Behandlung der Complicationen der neuralgischen Schmerzen und der Krisen, ohne wesentliche Gesichtspunkte für dieselben anzugeben. Denn dass er von dem Gebrauch des Morphium wie der modernen Antineuralgica warnt, weil leicht Gewöhnung eintrete, und den Rath giebt, den Kranken desshalb seine Schmerzen ruhig ertragen zu lassen, bis dieselben von selbst wieder aufhören, kann man doch nicht im Ernst als eine beherzigenswerthe Maasnahme ansehen. Die Kranken verlangen vom Arzt vor Allem die Linderung ihrer Schmerzen. Der Arzt wird dies berechtigte Verlangen auch erfüllen können, ohne den Kranken durch das schmerzlindernde Mittel mehr zu schaden als zu nützen, wenn er dasselbe vorsichtig und überlegt dosirt, wenn er es den Kranken nicht selbst in die Hand giebt und es zeitweise aussetzt oder mit einem anderen Mittel vertauscht. Hoppe (Allenberg).

---

413) **W. Erb:** Syphilis und Tabes. — Zur Behandlung und Abwehr. (Berl. kl. Wochenschrift 1892, Nr. 23.)

Leyden hatte in seinem Vortrage über die Behandlung der Tabes sich dahin geäussert, dass er den syphilitischen Ursprung der Tabes unbedingt in Abrede stellte und gegenüber den gegentheiligen, wenn auch immer mehr an Anhängern gewinnenden Ansichten von Fournier und Erb auf seinem früheren Standpunkte aus denselben Gründen beharren müsste, welche er schon früher angeführt hätte. Dieser Gründe nannte er drei:

1. Dass die Anschauung von der syphilitischen Natur der Tabes sich nur auf die Statistik stützte, dass er aber für seinen Theil ausserordentlich wenig Respect vor der Statistik in der Medicin hätte und dieselbe unter keinen Umständen als einen hinreichenden Beweis ansehen könnte, zumal da sich jeder Mensch täuschen könnte,
2. dass die antiluetische Cur bei der Tabes nichts nützte,
3. dass der anatomische Process der Tabes absolut keine Aehnlichkeit mit den Processen hätte, welche wir als tertiäre Syphilis im Nervensystem kennen.

E. weist den Vorwurf, dass er sich getäuscht haben könnte, als er unter mehreren Hundert Tabeskranken ca. 90% Syphilitiker fand, entschieden zurück, während er die Statistik ebenso entschieden in Schutz nimmt und die Ungenauigkeit mancher Resultate derselben auf die Ungenauigkeit und mangelnde Sorgfalt der Beobachter zurückführt.

Die Statistik ist aber auch nach E. unter der selbsverständlichen Voraussetzung guter und gewissenhafter Beobachtung, die man ja bei jeder wissenschaftlichen Forschung verlangen muss, ganz allein im Stande, die angeregte Frage zu entscheiden. Wenn einer Erkrankung, wie der Tabes, in 80—90% der Fälle in bestimmtem Zeitraum eine andere Erkrankung, die Syphilis, vorangegangen ist und wenn die Syphilis bei anderen Krankheiten oder überhaupt in der hier in Frage kommenden Bevölkerungsschicht sonst nur in ca. 20% vorhanden gewesen ist, so ist dies nach den Gesetzen der Logik ein unumstösslicher Beweis dafür, dass irgend ein Zusammenhang zwischen diesen beiden Ereignissen bestehen muss.

Gegenüber der von L. behaupteten Erfolglosigkeit der antisyphilitischen Therapie bei Tabes, welche übrigens E. nicht durchaus anerkennen kann, führt E. nun an, dass auch viele Fälle von echter tertiärer Syphilis des Hirn- und Rückenmarkes trotz riesiger Schmier- und Jodkuren auf den Sectionstisch kommen; es glaube doch heute keiner mehr, dass Alles, was von Syphilis herrühre, mit Quecksilber oder Jod geheilt oder auch nur gebessert werden könnte.

Der pathologischen Anatomie kann schliesslich E. die Entscheidung in der Frage durchaus nicht einräumen, weil dieselbe heutzutage noch nicht in der Lage sei, auch nur mit annähernder Sicherheit zu sagen, was von den hier in Betracht kommenden Dingen syphilitisch sei und was nicht, und nur die klinische Beobachtung zu entscheiden habe, was sicher oder wahrscheinlich syphilitischen Ursprungs sei. Dies aber zeigt, dass in der grossen Mehrzahl der Tabesfälle eine syphilitische Infection vorausgegangen ist, daher sicher zwischen beiden Erkrankungen ein ursächlicher Zusammenhang besteht, gleichgiltig, wie man sich diesen vorstellt.

Hoppe (Allenberg).

---

414) Dr. **M. Popoff** (Charkow): Ueber die Behandlung der Syphilis mit Wärme. (Lietschenie syphilissa teplom, Russkaja Medicina, 1892, Nr. 15—18.)

In der Region der Nervenkrankheiten spielt Lues sehr oft eine Rolle, desshalb ist es ganz natürlich, dass die Frage über die Behandlung der Hirnsyphilis so oft zum Vorschein kommt. Hirnlues bildet beinahe 50% der Ursachen von Nerven- und psychischen Krankheiten, daher sind wir genöthigt, sehr ernst zu bedenken, wie den Kranken in diesen Fällen am besten zu helfen ist. Dem ersten Blicke nach löst sich diese Frage sehr leicht: Mercur und Jod. Zweifellos sind diese zwei Mittel sehr mächtig in der Luesbehandlung, hier muss aber streng differencirt werden, wie diese Mittel bei verschiedenen Kranken und verschiedenen Krankheiten angewandt werden sollen. Ungenügende Aufmerksamkeit bei Verschreiben dieser specifischen Mittel in verschiedenen Fällen hat einige Aerzte zu der traurigen Schlussfolgerung gebracht, dass Mercur in gewissen Fällen, namentlich der Hirnlues, nutzlos ist — andere aber sogar zur Meinung, dass Mercur nicht nur nutzlos, son-

dern sogar schädlich sei, weil es selbst die Krankheitserscheinungen herbeiführe, welche der Syphilis zugeschrieben werden. Als Contraindication zu der Mercurbehandlung bei Hirnsyphilis dient nicht die Form der Krankheit' sondern der Zustand des Kranken und seine Reaction auf die Mercurpräparate. Verfasser bespricht gerade die Fälle, wo an Hirnlues leidende Kranke weder Mercur noch Jod vertragen. In diesen Fällen hegt Verfasser grosse Hoffnung auf Wärmeanwendung in Gestalt warmer Bäder, ausser den gewöhnlichen Hilfsmitteln. Verfasser hält dieses Mittel für kein radicales bei Hirnlues, aber bei Unmöglichkeit der Anwendung anderer Mittel ist dieses eins von den wirksamsten. Nach Meinung des Verfassers sind Mercur und Jod die stärksten und mächtigsten Mittel bei der Hirnluestherapie. Bis jetzt sind diese zwei Mittel unsere einzigen treuen und mehr oder weniger sicheren Gehülfen in dem Ringen mit dieser Krankheit. Heisse Bäder können an und für sich kein specifisches Mittel bei der Luestherapie bilden, ihre Anwendung aber leistet dem Krankheitsverlaufe bei Jod- und Mercurtherapie grosse Dienste, indem sie vor Mercurialismus schützt, der Resorption und Excretion der pathologischen Producte hilft und den Organismus für die specifischen Mitteln empfänglicher macht. In den Fällen, wo Idiosyncrasie gegen Jod und Mercur existirt, ist die Wärmeanwendung in verschiedenen Formen und Gestalten besonders indicirt. Hier kann die Behandlung mit Wärme, wenn auch keine Heilung, so doch eine gute Wirkung auf den Verlauf der Syphilis ausüben, bei günstigen Bedingungen sogar eine mehr oder weniger beträchtliche Besserung zur Folge haben.

Kowalewsky.

---

415) Dr. **W. Tichomirow**: Klinisches Material der Hirnsyphilis (Klinitschesky Material po Syphilisu Mosga).

(Archiv für Psychiatrie von Prof. Kowalewsky, 1892.)

Verfasser beschreibt 34 Fälle von Hirnsyphilis, von leichten syphilitischen Kopfschmerzen bis zu starkgradiger Dementia paralytica und kommt zu folgenden Schlussfolgerungen: Hirnsyphilis kann die mannigfaltigsten Gestalten annehmen je nach Abhängigkeit von der überwiegenden Localisation der syphilitischen Erkrankung in diesem oder jenem Theile des Centralnervensystems. Die Syphiliserkrankung localisirt sich im Centralnervensystem vorzugsweise bei Kranken mit hereditärer Neigung zu Widerstandslosigkeit des Centralnervensystems oder mit erworbener Schwäche desselben. Sogar bei den hochgradigsten syphilitischen Erkrankungen des Centralnervensystems muss die Prognose nicht völlig hoffnungslos sein. Hoffnung auf Genesung oder Besserung in diesen Fällen kann nur durch sehr lange dauernde gehörige Behandlung gehegt werden. Die gebührende Behandlung besteht aus einer Verbindung der antisyphilitischen mit der antinervösen Therapie — wobei wie die erste so auch die letzte allein sich in den schwerenFällen von Hirnlues nutzlos erweisen. Die antiluetische Behandlung besteht in Mercur, Jod, Mitteln, welche die Metamorphose steigern und verstärkte Nahrung; für die Behandlung dieser Fälle sind die südlichen balneologischen Heilstationen, besonders aber Schwefelbäder-Curorte, der Behandlung zu Hause oder in Heilanstalten vorzuziehen. Bei allen Formen von Hirnlues muss sowohl Mercur als Jod verschrieben werden; als Contra-

indication für den Mercurgebrauch dient nicht die Krankheitsform, sondern nur die Idiosyncrasie für Mercur. Bei Idiosyncrasie gegen Mercur und Jod sind ausser allen übrigen gebührenden Mitteln heisse Bäder anzuwenden.

Eine gemischte antiluetische und antinervöse Behandlung giebt Hoffnung auf Genesung der Fälle von Lues des Gehirns und Rückenmarkes, in welchen die Therapie vormals als hoffnungslos und erfolglos bezeichnet wurde.

Kowalewsky.

---

417) **R. Köhler**: Myxoedem auf Syphilis beruhend. — Vortrag in der freien Vereinigung der Chirurgen Berlins.

(Berl. klin. Wochenschr. 1892, Nr. 30.)

Der Fall betraf eine 48jährige Frau, welche in der Jugend lange Zeit an Drüsenanschwellungen in der Halsgegend gelitten hatte. Die Erscheinungen begannen mit Frostgefühl, Kopfschmerzen, Schwindel, Ohnmachtsanfällen. Sie wurde ungeschickt, Sehkraft, Gedächtniss und geistige Regsamkeit nahmen auffallend ab. Die Haut verlor die Fähigkeit zu schwitzen, wurde trocken und schilferte ab. Gleichzeitig stellte sich eine Schwellung der Zunge (Sprache schwerfällig) und eine langsam zunehmende Schwellung des Gesichts, des Halses und schliesslich auch der Hände ein. Auf der Gerhard'schen Klinik trat besonders die Anschwellung des Halses (das ganze Trigonum colli war von einer harten unter der Haut gelegenen, mit zahlreichen Prominenzen versehenen Geschwulst eingenommen) und der Hände hervor. Ein halbes Jahr später aber zeigte sich auf der chirurgischen Klinik, wo die ganze vordere Halspartie sich mit einer derben, schwartigen, harte Faserzüge zeigenden Haut bedeckt hatte, während in der Höhe des Zungenbeins ein hühnereigrosser, knorpelharter Tumor und dicht über dem linken Sternoclaviculargelenk ein missfarbiges, wie ein zerfallendes Gummi aussehendes Geschwür lag, die Circumferenz des Halses nicht mehr so stark und die Hände waren nicht mehr geschwollen.

Die Diagnose wurde auf Myxoedema atrophicum gestellt, obgleich die Schilddrüse wegen der brettharten Infiltration der Haut nicht durchzufühlen war, und da das Geschwür sowohl wie der Tumor syphilitischer Natur zu sein schien, wurde eine antisyphilitische Cur (Jodkalium) eingeleitet, welche von bestem Erfolge begleitet war. Tumor, Geschwür und die brettharte Infiltration sind verschwunden, die Schilddrüse ist in normaler Grösse und Consistenz durchzufühlen, das körperliche und das geistige Befinden hat sich merklich gebessert.

Wenn auch der specifische Einfluss des Jodkaliums auf Kopfgeschwülste im Allgemeinen, aber noch nicht auf die zu Myxoedem führenden Entartungen der Schilddrüse festgestellt ist, so würde doch ein Einfluss dieses Mittels wahrscheinlich sein, wenn sich herausstellte, dass Myxoedem die Folge einer interstitiellen syphilitischen Erkrankung der Schilddrüse sein kann.

In diesem Falle kann Myxoedem gelegentlich auf Syphilis beruhen und geheilt werden.

Hoppe (Allenberg).

---

417) L. **Minor** (Moskau): Ein statistischer Beitrag zur Syphilis-Tabes-Frage. (Vortrag in der Gesellschaft der Neuropathologen und Irrenärzte zu Moskau am 20. Sept. 91.)

(Neur. Centralbl. 1892, Nr. 13.)

Die statistischen Zahlen betreffen ausschliesslich Nervenkranke, welche seit 1889 zu M. in die Sprechstunde gekommen sind, Russen 749 und Juden 882, im Ganzen 1622. Es ergiebt sich, dass bei den männlichen Russen die Lues (30%) ungefähr 4mal so häufig ist, als bei den Juden (7%) und bei den Russinnen 9—11%) sogar 8—9mal so häufig ist, als bei den Jüdinnen (1,5%). Dementsprechend war auch bei den Russen die Tabes, sowie die Paralyse 5mal so häufig als bei den Juden, ein neuer Beweis für den Zusammenhang dieser Krankheiten mit Lues. Von den 22 sicheren Tabesfällen bei den Russen war Lues in 90,9%, bei 10 sicheren Fällen von Paralyse in 80% voraufgegangen, bei den Russinnen war in allen 3 Fällen von Tabes Lues sicher voraufgegangen, in den 3 Fällen von Paralyse war Lues einmal sicher, zweimal wahrscheinlich dagewesen. Auch bei den männlichen Juden war in allen (4) Fällen von Tabes und in den beiden sicheren Fällen von Paralyse Lues voraufgegangen. Unter den Jüdinnen war nur ein Fall von Tabes und hier war früher unzweifelhaft Syphilis vorhanden. Es erinnern diese Aufstellungen an die von Erb, welcher unter seinen über 300 Tabeskranken nur einen einzigen jungen Pfarrer hatte und dieser war syphilitisch. — Wie bei dem Pfarrerstande, welcher sich aus leicht begreiflichen Gründen von Infection frei hält, so ist auch bei den strenggläubigen Juden, welche verhältnissmässig keusch leben und (wenigstens in Russland) früh heirathen, die Tabes und die Paralyse ausserordentlich selten.

M. weist zum Schluss auf einen neuen Gesichtspunkt für die statistische Nachforschung, nämlich auf die Beantwortung der Frage hin, ob bei einem Tabiker oder Paralytiker das Vorkommen eines harten Schankers möglich oder bereits beobachtet ist. Hoppe (Allenberg.)

III. Original-Vereins-Berichte.

Bemerkungen über den dritten Congress für criminelle Anthropologie.

Von Dr. H. Kurella.

Tages- und Wochenblätter haben bereits so viel über den in Brüssel Anfang August gehaltenen Congress der Criminal-Anthropologen gebracht, dass wir uns mit einer zusammenfassenden Characteristik begnügen dürfen, die um so kürzer ausfallen darf, als die Verhandlungen weder neue Thatsachen noch neue Ideen zu Tage gefördert haben. Soweit die Anthropologie in Frage kommt, war der Congress französisch-belgisch, nicht international. Die moderne Jurisprudenz war allerdings durch van Hamel, von Liszt und Drill-Moskau glänzend vertreten; von Medicinern aber vermisste man solche aus Italien, England und Skandinavien ganz, die deutsche Wissenschaft

war durch Benedikt, Mendel und Näcke vertreten; Forscher, die auf dem Gebiete der criminellen Anthropologie selbstständig gearbeitet haben, waren äusserst spärlich zu finden, der überall mittagende Dilettantismus aber um so häufiger, selbst Damen, Chinesen, Japaner und Paraguayaner waren da. Von bekannten ausländischen Psychiatern waren anwesend: Moravcsik-Pest, Ladame-Genf, aus Paris Berillon, Laurent, A. Voisin, Magnan, Garnier, Motet, aus Belgien Peeters-Gheel, Morel, Semal (als Präsident), Desguin, de Boeck, aus Holland Jelgersma und Winckler.

Die Vorträge auf dem Congress zerfallen in solche, die gar nichts mit crimineller Anthropologie zu thun haben und die wir desshalb übergeben, in solche über nur entfernt damit zusammenhängende Dinge (Magnan über die „obsession criminelle morbide“, Voisin „Les suggestions criminelles“, Derode-Löwen über „inversion génitale“), solche über die socialen Entstehungsbedingungen des Verbrechens und die Anwendung der criminellen Anthropologie auf das Strafrecht und schliesslich solche über Probleme der criminellen Anthropologie. Hier war offenbar in Paris und Brüssel die Parole ausgegeben worden: Es giebt keine geborenen Verbrecher und keinen Verbrecher-Typus im Sinne Lombroso's. Dieses negative Dogma bildete die Voraussetzung der Verhandlungen, über die erst gar nicht discutirt wurde, und von dieser Voraussetzung aus wurde dann mehr oder weniger monoton das Thema variirt, das „milieu“, die socialen Verhältnisse machten den Verbrecher. Dieser Grundton der Verhandlungen zeigt, dass die meisten Redner in Brüssel die wesentlichsten Punkte der Lombroso'schen Lehre nicht verstanden haben.

Es hat gar keinen Sinn, frohlockend zu verkündigen: „Le type criminel de Lombroso n'existe pas“. Die Hypothese des Verbrechertypus ist eine Arbeitshypothese. Ihren Werth kann nur der richtig schätzen, der die Bedeutung der Hypothesenbildung für die wissenschaftliche Forschung kennt. Wer die Aufgabe der Wissenschaft darin sieht, einzelne Thatsachen zusammenhangslos zu immer riesigeren Massen anzuhäufen, dem ist nicht zu helfen; so lange es eine fruchtbare wissenschaftliche Arbeit gegeben hat, war stets eine vorläufige Hypothese der Wegweiser, der Impuls für das Aufsuchen neuer Erfahrungen; in der Hypothesenfähigkeit unterscheidet sich der Forscher vom blossen Thatsachen-Kärrner; die beständige Controll- und Compensationsarbeit zwischen Hypothesen und Thatsachen macht das Wesen der Forschung aus.

Wenn der Congress also triumphirend behauptet, den Verbrechertypus aus der Welt gebracht zu haben, so hat er gezeigt, dass er in seiner Majorität nichts vom Wesen der Forschung verstand.

Neben dem Mangel an Verständniss für die Bedeutung der Lombrososchen Hypothese trat als zweites Leitmotiv des Congresses die Lehre vom „milieu“ auf, wobei besonders Lamarck wiederholt angerufen wurde, und in der wunderlichsten Weise von „Anpassung“ des Individuums die Rede war. Immer wieder trat die Vorstellung hervor (besonders in dem Vortrage von Manouvrier: Étude comparative des criminels et des honnêtes gens), dass das Individuum sich den Existenzbedingungen anzupassen habe und dass der Verbrecher durch den Einfluss ungünstiger socialer Bedingungen das geworden sei, was er ist.

Nun nimmt die Selectionstheorie durchaus nicht an, dass das Individuum sich anpasst; was sich anpasst, ist die Art. Der Verbrecher ist nur ein specieller Fall der vielen Varietäten, in denen der Typus der Art in jeder Generation ausgeprägt ist. Seine Anomalien, die, soweit sie characteristisch sind, sämmtlich angeboren sind, bewirken, dass er in seinen „milieu" ein Verbrecher wird; das milieu kommt dabei rein passiv in Frage, oder es bedingt blosse accidentelle Merkmale, z. B. bedingt es, dass Nobiling zur Jagdflinte griff und Ravachol zum Dynamit.

Die auf dem Congress verkündete Lehre, dass nicht die Organisation, sondern das milieu den Verbrecher mache, entzieht der criminellen Anthropologie jeden Boden. Welchen Sinn hat die Erforschung anthropologischer Merkmale, psychischer Dispositionen bei dem Verbrecher, wenn nicht diese constitutionellen Facta ihn ausmachen, sondern Misère, Vernachlässigung, Verführung, Gelegenheit und andere sociale Momente. Mit der Betonung des milieu hat die criminelle Anthropologie in Brüssel ihrer selbst gespottet und weiss nicht wie.

Manouvrier, der ganz besonders den Einfluss des „milieu" betont, meint, „les partisans de l'innéité du crime peuvent avoir adopté nominalement le transformisme en ce qui concerne la formation des espèces et des races, mais ils ne me paraissent pas avoir bien compris toute sa portée". Dieser Behauptung gegenüber ist es nothwendig, einmal darauf einzugehen, was denn der Begriff der Degeneration gegenüber der Descendenz- resp. Selectionstheorie — Manouvrier nennt sie „transformisme" — bedeutet.

Wenn irgend etwas in der Lehre von der Entstehung der Racentypen feststeht, so ist es, dass die den Ausgangspunkt der Artveränderung bildenden Varietäten nicht durch den Einfluss der Lebensbedingungen auf das variirende Individuum zu Stande kommen. Alle Individuen einer Art sind congenital unter einander verschieden. Nun ändern sich die Existenzbedingungen. Das hat zwei Wirkungen. Vor allem wird von den neuen Bedingungen der Reproductionsprocess — modern ausgedrückt: das Keimplasma — beeinflusst, wie Darwin gezeigt hat; ferner bleiben nicht alle Individuen der Art bestehen, sondern nur die unter den gegebenen Verhältnissen best ausgestatteten. Ihre Nachkommen werden also auf der einen Seite sämmtlich die Merkmale durch Vererbung besitzen, die den Erzeugern selbst zu überleben gestatten, und in diesen Merkmalen, die jetzt solche der Art sind, während sie in der früheren Generation individuell waren, wird die neue Generation eine Spielart der Art darstellen, auf der anderen Seite werden die Nachkommen neue Eigenthümlichkeiten haben, bedingt durch die den veränderten Existenzbedingungen entsprechenden molecularen Veränderungen im Genitalapparat, resp. den Keimstoffen ihrer Erzeuger. Daraus folgt, dass das „milieu" nicht die ihm unterworfene Generation abändert, sondern die nächstfolgende. Die Trunksucht bedingt nicht Anomalien in Schädel- und Ohrform des Trinkers, sondern an Schädel und Ohren seiner Nachkommen. Haben sich die Existenzbedingungen sehr verändert, ist somit das Keimplasma stark beinflusst worden, so wird die neue Generation in vielen Individuen vom Art-Typus abweichen, es wird eine Menge von Varietäten geben und damit neue Ausgangspunkte zur weiteren Differenzirung innerhalb der Art.

Hier nähern wir uns aber schon den Thatsachen der Degeneration. L'idée la plus claire que nous puissions nous former de la dégénérescence de l'espèce humaine, est de nous la représenter comme une déviation maladive d'un type primitif", sagt Morel. Morel, der die Darwin'sche Theorie noch nicht kannte und an die Constanz der Racen glaubte, ist dabei stehen geblieben, für ihn war das Abweichen vom Typus von vornherein etwas krankhaftes, da er in der Auffassung des Arttypus auf Buffon zurückgeht. Die Anthropologen des Brüsseler Congresses hätten aber ein wenig weiter sein können, als Morel; von einem modernen Anthropologen darf man eine Kenntniss der modernen Ideen der Racen- und Arten-Entstehung verlangen.

Es ist hier nicht der Ort, näher darauf einzugehen, welche Gestalt die alte Morel'sche Degenerationstheorie unter dem Einfluss der Selectionstheorie nothwendigerweise annehmen muss; es soll nur darauf hingewiesen werden, dass Lombroso einen der wichtigsten Fälle der Typus-Variation, den Atavismus, für das Verständniss der Degenerationszeichen bei Verbrechern verwerthet hat. Die Degeneration ist nur ein besonderer Fall der beständig auftretenden Variabilität der Typen*).

Die auf criminelle Anthropologie bezüglichen Verhandlungen des Brüsseler Cogressnes haben somit in ihrem kritischen Theile nur Beweise eines mangelnden Verständnisses des bisher Geschaffenen gebracht; positives aber haben sie gar nicht gebracht, nicht eine neue Thatsache, nicht einmal irgend eine improvisirte Hypothese.

Die Sociologie des Verbrechens hat einige interessante Beiträge erhalten. Denis, Rector der Brüsseler Universität, sprach über Criminalität und öconomische Krisen. Die Jahre 1845—47 gaben Missernten, die Criminalität wuchs entsprechend den steigenden Kornpreisen, die durch Schutzzölle und Börsenmanöver noch künstlich hoch gehalten wurden; zugleich sank die Curve der Eheschliessungen. Auch in der 1871 begonnenen Krise zeigte sich der Parallelismus zwischen Misere und Verbrechen, deren Zahl sich von 1872 bis 1889 verdoppelt, unter erheblicher Steigerung während der bekannten belgischen Unruhen von 1886. Besonders betont B. die Abhängigkeit einer wachsenden Criminalität von unbeständigen ökonomischen Verhältnissen; gerechte sociale Institutionen wären ein Hauptmittel gegen das Verbrecherthum.

Zahlreich waren die auf Anwendung der criminellen Anthropologie bezüglichen Vorträge. Garnier-Paris verlangt eine medicinisch-psychologische Beobachtung aller Untersuchungs- und Strafgefangenen; v. Hamel erörtert die Behandlung der unverbesserlichen Verbrecher, denen gegenüber allein der Schutz der Gesellschaft in Betracht käme; für sie müsse die vorhergehende Abmessung der Strafhaft ganz wegfallen; Alimena will für die in ungefährliche Verbrechen Rückfälligen Zwangsarbeit ohne Haft an Stelle der Internirung treten lassen, neben Deportation für gefährliche ständig rückfällige; Thiry will die Frage der Strafentlassung der Recidivisten von der Verwaltungsbehörde, nicht dem Richter entscheiden lassen. Prins sieht die Lösung der Frage der Unverbesserlichen in der progressiven

*) Es ist eine der wichtigsten biologischen Thatsachen, dass im Culturzustande Thiere und Pflanzen die häufigsten und weitgehendsten Varietäten und Monstrositäten produciren, d. h. degeneriren.

Aggravation der Strafe. Man verzichte vor allem auf den Luxus der Gefängnisse und verwende die darin verschwendeten Summen lieber für sociale Aufgaben; man bekämpfe die Degeneration im Alcoholismus, in der Prostitution, der Misere. Legrain-Ville Evrard will die unverbesserlichen unter den verwahrlosten Kindern schon von den bloss verführten trennen; Morel-Gent sieht im unverbesserlichen Verbrecher einen Degenerirten und wünscht ein eingehendes Studium des Lebens- und Erziehungsgangs typischer Fälle; wo keine hereditäre Belastung bestände, müsse man immer noch Erziehungsversuche machen, die auch über die Dauer der Strafhaft hinaus fortgesetzt werden müssten. Er schliesst seinen Vortrag mit der These: Wenn alle Länder ein Gesetz über Kinderschutz besässen, wenn die Behörden die Macht hätten, Kinder unfähigen oder unwürdigen Eltern und Pflegern zu nehmen, wenn die Regierungen eine methodische Erziehung der verwahrlosten Kinder organisirten, würde man in wenigen Jahren die Criminalität beträchtlich abnehmen sehen". De Boeck und Ottet-Brüssel legen einen kurzen Gesetzentwurf über die Gründung eines Special-Asyls für geisteskranke Verbrecher und verbrecherische Irre vor, soweit letztere „sittlich verdorben oder von perversen Gewohnheiten" sind.

Die glänzendste Leistung des Congresses war der Vortrag des Hallenser Professors v. Liszt über die Anwendung der criminellen Anthropologie. Er betont, dass die criminelle Anthropologie Beweise geschaffen habe für eine schon sehr alte Anschauung: dass jedes Verbrechen das nothwendige Resultat zweier Factorengruppen sei: einer, zum Theil angeborenen, Individualität und der die That begleitenden äusseren Umstände. Letztere zu bestimmen, wäre eine Aufgabe der Sociologie, nicht der Anthropologie; die Individualität des Verbrechers ist das Resultat angeborener Dispositionen und des Lebensgangs; der Einfluss socialer und vor allem öconomischer Umstände beginnt lange vor der Geburt des Individuums; Misere, Krankheit, Trunksucht der Eltern schädigen schon den Keim, hier beleuchte die Anthropologie die Tragweite der Socialpolitik, aber sie müsse sich der Sociologie unterordnen, denn das Individuum mit seinen anthropologisch nachweisbaren Dispositionen hätte anders gehandelt unter anderen Einwirkungsbedingungen und anderen Umständen zur Zeit der That; es wäre anders zur Welt gekommen, wenn seine Eltern unter anderen Verhältnissen gelebt hätten. Je nach dem Ueberwiegen der Motive aus der Individualität oder aus den Lebensbedingungen wären Instinct- und Gewohnheitsverbrecher zu unterscheiden. Zu den Verbrechern aus Anlage gehörten nicht nur die professionellen Verbrecher, von den Taschendieben und Industrierittern bis zu den Mördern und Engelmacherinnen, sondern auch alle, für die Genusssucht und Sinnlichkeit, Brutalität und Heftigkeit, Bosheit und Eitelkeit, Leichtsinn und Unbesonnenheit, Fanatismus und neurasthenische Widerstandsunfähigkeit die tieferen Ursachen ihrer Thaten sind. Diese Tendenzen sind eng mit der Gewohnheit verknüpft, da sie zur Wiederholung derselben Handlung und damit zur Gewohnheit führen.

Desshalb sieht der Verbrecher nichts fremdartiges, nur sich selbst, in seiner That, desshalb bereut er nicht, desshalb aber muss man immer wieder einen Rückfall bei ihm erwarten. Der Gedanke, den Typus des delinquente nato zu bestimmen, ist methodisch begründet. Wenn die Ursache des Verbrechens ausschliesslich in der Individualität des Verbrechers liegt, muss

diese sich vom mittleren Typus durch bestimmte atypische Merkmale unterscheiden, und man könnte dann alle diese Atypien zu einem Typus vereinigen. Ein einheitlicher psychologischer Typus hat sich aber bisher nicht finden lassen. Die meisten Merkmale des Verbrechens finden sich wieder bei Schwachsinnigen, Irren, Epileptikern und das erklärt das Schwanken, die Unsicherheit in der Auffassung Lombroso's vom uomo delinquente. So ist ein Hauptresultat der criminellen Anthropologie, dass man unter den Verbrechernaturen eine relativ grosse Zahl degenerirter, besonders erblich belasteter Individuen trifft. Desshalb ist für den Gesetzgeber das psychologische Verständniss der Degeneration so wichtig. Welchen Gang das Leben des Degenerirten einnimmt, hängt sehr wesentlich von den Lebensbedingungen ab. Die degenerirte Comtesse wird nicht leicht zur Prostituirten werden. Die Bekämpfung der Degeneration ist die Aufgabe der Gesetzgebung, aber nicht ausschliesslich des Strafrechts. v. Liszt fordert schliesslich die Aerzte auf, sich an den Arbeiten der internationalen criminalistischen Vereinigung zu betheiligen.

Die Criminalpsychologie hat auf dem Congress einige wunderliche Beiträge erhalten. Lacassagne (Lyon) sprach über die „primordialen Zustände" der Verbrecher. Er wolle sich nicht mit den irren Verbrechern und denen mit „positiver physischer Degeneration" beschäftigen, die seien unzurechnungsfähig. Die hier zu studirenden Verbrecher seien die, die dem Gesetz verfallen. Wenn der Mensch liebt, denkt und handelt, so müsse es auch Verbrecher des Gefühls, der Gedanken, der Handlungen geben. Darnach theilt L. die Menschen wie die Verbrecher in frontale, parietale und occipitale, deren Hirnentwicklung sich schon am Schädel erkennen liesse. „Il n'est pas douteux, qu'en arrière, dans la partie postérieure de la tête ou du cerveau, doit se trouver le siège des instincts principaux puisqu'ils (?) sont en communication avec l'extérieur par les organes des sens, et avec l'intérieur par les nerfs viscéraux. Les instincts primordiaux sont de deux sortes, égoistes ou altruistes . . . . En résumé, le cerveau est une colonie ou réunion des organes qui nous font aimer, penser et agir . . . . Les criminels sont des passionels occipitaux et par conséquent des impulsifs . . . Comme la partie postérieure du cerveau est en relation avec les viscères, on comprend, que les différentes conditions du milieu social (alimentation, habitation) l'influencent". Dr. Naecke war der einzige aus der Versammlung, der gegründete Bedenken gegen diese Phantasieen äusserte.

Gleich darauf ergriff Herr Cuylits aus Brüssel das Wort, um zu betheuern, dass das „milieu" wichtiger wäre als die Degeneration. Sein Vortrag endete mit einem Intermezzo, mit dessen Mittheilung aus dem Sitzungsbericht in wörtlicher Uebersetzung ich schliessen will. (Archives de l'Anthropologie criminelle. 15. September 1892, p. 488 ff.)

„Der Redner unterbreitet den Mitgliedern des Congresses die Photographie eines Nicht-Verbrechers, eines im gewöhnlichen Sinne ehrlichen Menschen, der trotzdem alle typischen physischen Zeichen besitzt, die Lombroso für den geborenen Verbrecher beansprucht. Diese unter den Theilnehmern circulirende Photographie veranlasst einen pikanten Zwischenfall. Dr. Warnots erkennt darin mit Bestimmtheit das Bild eines von ihm früher untersuchten Individuums; der Name und die Daten stimmen. Nun, dieser Mensch ist ein Verbrecher, ein rückfälliger mit 50 Verurtheilungen, darunter zu 15 Jahren Gefängniss." — Das war der Triumph des „milieu" auf dem Brüsseler Congress!

IV. Bibliographie.

Zur Weiterentwicklung der Lombroso'schen Theorie.

Von Dr. H. Kurella, Oberarzt an der Provinzial-Irrenanstalt zu Brieg.

Populäre Darstellungen der Lombroso'schen Theorie vom geborenen Verbrecher haben bisher nur unter den französisch redenden Völkern Verbreitung gefunden. Hier ist nach Corre, Dortel, Francotte und Proal, deren Arbeiten wir früher erwähnt haben, Laurent, der Verfasser der „Habitués des prisons de Paris“ mit einer ziemlich oberflächlichen Broschüre*) aufgetreten, die eine flüchtige Zusammenstellung der wesentlichen Verbrechermerkmale giebt und die Existenz eines anthropologischen Verbrechertypus ohne den Versuch einer Beweisführung leugnet; Laurent, der einen flüssig-saloppen Stil ganz fin de siècle schreibt, gehört zu den nicht mehr seltenen Verfassern über criminalistische Themata, die ohne tieferes Verständniss für den Zusammenhang der Thatsachen ihrem Stoffe viel pikante und sensationelle Einzelheiten abgewinnen.

Auf gründlichen Studien und grossem Sammlersinn beruht E. Lefort's „Le type criminel d'après les savants et les artistes“ (1892, bei A. Storck in Lyon). Der Text giebt ein kurzes, aber umfassendes Resumé der Verbrechermerkmale, (besonders der craniologischen und physiognomischen), dann eine Schilderung der Typen, in denen die neuere Malerei Verbrecher dargestellt hat, wozu er noch mit Recht die Darstellungen der bei Martyrien mitwirkenden Henker und die des jüngsten Gerichts hinzunimmt; ausgezeichnete Illustrationen nach L.'s eigenen Zeichnungen von Köpfen aus Bildern Pariser Sammlungen begleiten den Text. Es zeigt sich, dass die einzelnen Physiognomien der Henker, Verbrecher, Verdammten, Dämonen dem Lombroso'schen Typus Asymmetrie, Prognathie, fliehende Stirn, starke Augenbrauenbogen, massige Kiefer, Oxy- und Plagiocephalie, Microcephalie, Henkelohren, fehlendem Bart- bei struppigem Kopfhaar, um so näher kommen, je realistischer die darstellenden Künstler in ihrer ganzen Kunstrichtung sind. So geben die Caracci, Ribera, Goya, Delacroix, Géricault offenbar ihr Modell wieder, das sie ihrer Gewohnheit gemäss sicher in den Gefängnissen gesucht haben, während Rafael, Titian, Bouguereau einen conventionell-scheusslichen, dem Verbrecher-Typus fremden Phantasie-Verbrecher geben. Ich möchte dazu bemerken, dass eine ganze Reihe anderer, von L. nicht genannter naturalistischer Künstler, deren Werke in jeder besseren Kupferstich- und Photographiesammlung zugänglich sind, bei der Darstellung von Verbrechern den Lombroso'schen Typus unverkennbar reproduciren. Hier wären zu nennen: Bosch van Aken (besonders in der im Escurial hängenden Dornenkrönung), Callot in den „Malheurs de la guerre“, und vor allem der durch seine grosse Naturtreue ausgezeichnete Münchener Meister Leibl in seinen Wildererportraits; unter den neuesten modellgetreuen Malern der Pariser Prostitution wäre vor allem Scalbert zu nennen. Wer die Scrupulosität kennt, mit der alte und neue Naturalisten ihr Modell wählen und reproduciren, wird nicht anstehen, den Illustrationen Lefort's einen grösseren Werth zuzumessen, als dem reichhaltigsten Verbrecheralbum.

*) L'anthropologie criminelle et les nouvelles théories du crime. Paris, Société d'éditions scentifiques, 1891, 150 p.

Reich an guten Reproductionen von Verbrecherphysiognomien ist Havelock Ellis' „The Criminal" (London, Walter Scott). Es ist der erste Versuch, der in England mit einer Popularisirung der Lombroso'schen Theorie gemacht wird, von einem Manne, der sich seit 1890 durch seine klaren Litteraturberichte über Criminal-Anthropologie im „Journal of mental science" als durchaus qualificirt für seine nicht leichte Aufgabe legitimirt hat. Das kaum 300 Seiten starke Buch fasst alle sicheren Errungenschaften gut zusammen, in klarer, einfacher, von Phraseologie und Hypothesenmacherei freier Darstellung.

Eine Einleitung schildert in einigen, noch nicht publicirten Verbrecherbiographien die Hauptklassen von Verbrechern, es folgt ein kurzes, historisches Capitel, in dem die Verdienste Morel's und Despine's unbefangen gewürdigt werden und einige wichtige Arbeiten englischer Gefängnissärzte wieder hervorgezogen werden, die wunderbarerweise, bis auf Ellis selbst, in England ohne alle Beachtung geblieben sind. Das dritte Capitel, die physische Anthropologie der Verbrecher betreffend, behandelt die einzelnen Theile etwas ungleichmässig, bringt zum Beispiel nur 4 Seiten über den Schädel, dagegen 5 über das äussere Ohr; als Compensation sind jedoch 36 Verbrecherschädel abgebildet, die gezeichnet wurden, ehe Lombroso's erste Arbeiten erschienen, also ohne jede Befangenheit. Ueberall enthalten die einzelnen Abschnitte werthvolle Beiträge aus sonst unzugänglichen englischen Quellen; so bestätigt E. Marro's Angabe, dass Verbrecher in sehr früher Jugend zu rauchen anfangen.

In der Behandlung der psychischen Anthropologie folgt E. der etwas unsystematischen Anordnung Lombroso's und Marro's und beschreibt unter der Ueberschrift „Moral Insensibility" das Fehlen der Reue, des Vorbedachts, die Grausamkeit, Schamlosigkeit und Sorglosigkeit des Verbrechers; er illustrirt diese Dinge nicht, wie andere Compilatoren, mit Anecdoten aus Lombroso, sondern aus eigener Beobachtung. Bezüglich der Intelligenz theilt er Marro's Anschauung, dass Verbrecher gegen die Person meist tiefer stehen, als die gegen das Eigenthum; von der Verbrecherschlauheit sagt er mit Recht: „The stupidity and the cunning of the criminal are in reality closely related, and they approximate him to savages and to the lower animals". In etwas bunter Reihenfolge, aber in fesselnder, klarer, an neuen Thatsachen reicher Darstellung werden dann Eitelkeit, emotive Unbeständigkeit, Sentimentalität und Religiosität der Verbrecher beschrieben. Die Arbeitsscheu erörtert E. in dem Abschnitt über „emotive instability". Hier, wie in den folgenden Paragraphen über Rothwelsch, Gefängnissinschriften und litterarische Producte der Verbrecher zeigt sich, dass auch in England das Verbrecherthum dieselben characteristischen Züge trägt, wie im übrigen Europa. Wo bleibt da die Lehre vom „milieu", von der Wirkung der — doch überall, besonders zwischen England und Süditalien verschiedenen — socialen Zustände? Auch für die englische Gaunersprache betont E. ein atavistisches Element, sie wäre die Bewahrerin angelsächsischer Sprachelemente.

In der Darstellung der Resultate der criminellen Anthropologie giebt E. die beste mir bekannte Begründung der atavistischen Theorie des Verbrechens. Als die Factoren der besonderen Stellung der Frau in der Ver-

brecherwelt werden genannt: Körperliche Schwäche, geschlechtliche Auswahl, Beschränkung auf das Haus, Prostitution und Mutterschaft; Prostituirte stehen dem männlichen „geborenen Verbrecher“ noch näher, als Verbrecherinnen, die im allgemeinen mehr dem männlichen „Gewohnheitsverbrecher“ nahe stehen. Gegenüber Lombroso, der die geborenen Verbrecher in nächste Beziehung zu dem Epileptiker bringt, betont E. mehr die Verwandtschaft des geborenen Verbrechers mit dem Idioten.

Der Abschnitt über die Behandlung des Verbrechers bringt reiches Material zum Beweise, dass unser heutiges Freiheitsstrafen-System alles leistet, was man erwarten könnte, wenn ihm die Aufgabe gestellt wäre, das Verbrecherthum massenweise durch Reincultur zu vermehren; die dabei angezogenen englischen und amerikanischen Quellen führen zu denselben Ergebnissen, wie das von der Lombroso'schen Schule bisher beigebrachte Material aus Frankreich und Italien. Als erste und wichtigste Reformmassregel fordert E. die Abschaffung der Strafabmessung, ferner die eingehende Bekanntschaft des Strafrechts und Strafvollzugsbeamten mit den Thatsachen der Criminalpsychologie; man kann ihm gewiss nur beistimmen, wenn er sagt: „The education of the criminal need not be entirely in the hands of officers the greater parts of whose time is passed within the prison“. Mutatis mutandis sollte dasselbe auch für die Irrenärzte gelten; der Verbrecher wie der Irre können nur Nachtheile davon haben, wenn die, die ihn beurtheilen und behandeln sollen, von Welt und Leben abgeschieden sind. Eine eingehende Darstellung der Nothwendigkeit, psychisch abnorme Kinder einer speciellen Erziehung, abgesondert von den allgemeinen Schulen, theilhaftig werden zu lassen, da sich aus ihnen das eigentliche Verbrecherthum recrutire, schliesst das ausgezeichnete, von echt englischem common sense durchdrungene Buch.

Die Beziehungen der Criminalität zur Imbecillität und Idiotie behandelt in mehr populärer Weise der Referent in einem Vortrage, der in diesem Sommer in der bekannten Virchow-Wattenbach'schen Sammlung im Verlag von J. F. Richter-Hamburg erschienen ist (C. Lombroso und die Naturgeschichte des Verbrechers).

Lombroso selbst hat in zwei Bändchen der „Bibliothèque de Philosophie contemporaine“ die Fortschritte der criminellen Anthropologie seit 1885 in klarer und anziehender Weise dargestellt. Das erst erschienene Heft st unseren Lesern zum Theil bekannt, da grosse Abschnitte daraus unter gleichem Titel (l'Anthropologie criminelle et ses récents progrès) die neue Serie dieses Centralblattes eröffnet haben. Die „Nouvelles Recherches de Psychiatrie et d'Anthropologie“ setzen in gleicher Anordnung die Berichte des ersten Hefts fort; fast alle in beiden Bändchen besprochenen Einzelarbeiten sind auch in diesem Centralblatt referirt worden; immerhin wird es für jeden unserer Leser von hohem Interesse sein, in Lombroso's geistsprühender Art die Fortschritte der von ihm geschaffenen Disciplin dargestellt und kritisirt zu finden. Beiden Berichten kann man den Vorwurf nicht ersparen, den Stoff nicht genügend zu überarbeiten; sie theilen mit Lombroso's grösseren Werken die lockere Art der Composition, aber sie ersetzen, was ihnen an Systematik fehlt, durch den Reiz der den oft trockenen

Stoff belebenden Aperçus. Die Fülle der Thatsachen unterbricht bei Lombroso allzu häufig den Zusammenhang der Darstellungen; nur da, wo er nicht mit Einzelheiten zu thun hat, kommt Fluss und vollkommene Klarheit in seinen Styl, das zeigt sich in den Vorreden zu den beiden Bändchen, in denen er gegen einige gewichtige Angriffe auf seine Theorie polemisirt. Wer einmal klar den Inhalt dessen erfassen will, was ich als „Lombroso-sche Theorie“ bezeichnen möchte, wird vor allem die Vorreden zu den beiden Heften lesen müssen. Vor allem ist darin die Entgegnung beachtenswerth, die Topinard's Behauptung findet, die criminelle Anthropologie hätte kein Recht, die Existenz eines „type criminel“ zu behaupten. Wichtig scheint mir daraus für das Verständniss der Lombroso'schen Ideen besonders der Satz: „Comment peut-on concevoir les phénomènes atavistiques dans l'homme, sans faire intrevenir la pathologie foetale?“ (L'Anthropologie criminelle et ses récents progrès, p. 7.) Lesenswerth ist in derselben Vorrede auch die Kritik der Magnan'schen Arbeit über die Kindheit der Verbrecher, in der Magnan sich gegen Lombroso's Behauptung wendet, dass normaliter in der Kindheit Gefühle und Impulse vorkommen, die sich beim Verbrecher wieder finden. Lombroso hat überdies an den Photographieen jugendlicher Verbrecher, die Magnan, zum Beweise der Nichthaltbarkeit der Lehre vom Verbrechertypus, für frei von Degenerationszeichen erklärt hat, die wesentlichsten Charactere des Verbrecherschädels und -Gesichts nachgewiesen, unter Reproduction von zwei der Magnan'schen Photographieen. (Nouvelles Recherches de Psychiatrie et d'Anthropologie criminelle, p. 61—64.)

Die Lectüre der ebengenannten Berichte Lombroso's führt nun zu dem Wunsche, in der weiteren Entwicklung der criminellen Anthropologie die Massenuntersuchungen, die als Vorarbeiten zur Sondirung nothwendig waren, abgelöst zu sehen durch sorgfältige Einzeluntersuchungen, durch monographische Bearbeitung einzelner classischer Verbrecher. Nur so werden die einzelnen Probleme, deren Formulirung wohl als das Hauptresultat der bisherigen criminal-anthropologischen Forschung betrachtet werden darf, ihrer Lösung näherkommen. Diesen Monographieen gehört ein noch in der Entstehung begriffenes Werk von Lombroso über das Weib als Verbrecherin an, von dem mir die ersten 10, ein gewaltiges Material umfassenden Bogen vorliegen. Ich hoffe noch vor Ablauf des Winters die deutsche Ausgabe des Werkes besorgen zu können.

Zwei Monographieen über einzelne Verbrecher hat Professor Benedikt binnen Jahresfrist in den „Archives de l'Anthropologie criminelle et des sciences pénales“ veröffentlicht. Beide berühren das psychologische Gebiet nur flüchtig, behandeln dagegen eingehend Schädel und Gehirn der beiden hingerichteten Verbrecher. Der eine, Hugo Schenk, war seinem Beruf nach Liebhaber älterer Dienstmädchen, deren Ersparnisse er an sich brachte, in drei Fällen fand er es für nöthig, sich der unbequem werdenden Mädchen durch Mord zu entledigen. Benedikt schildert ihn als eleganten Don Juan.

Das Gehirngewicht betrug, bei 1700 Cbcm Schädelcapacität, 1455 gr, das des Kleinhirns 194 gr. An der rechten Hemisphäre confluirt die Parieto-Occipitalfurche nicht mit der Calcarina; der gyrus Hippocampi geht nicht unmittelbar in den Lobulus lingualis über, sondern ist — das ist ein

Unicum — durch eine Furche getheilt, mittelst derer die Calcarina mit der F. occipito-temporalis inferior communicirt; diese Durchbrechung des Gyr. Hippocampi findet sich auch links; links ist die vordere Centralwindung in übereinanderliegende Inseln zerklüftet, die hintere Centralwindung in vier Theile zerfallen; die beiden parieto-occipitalen Uebergangswindungen sind hochgradig aplastisch, dagegen der Occipitallappen im äusseren Theil enorm entwickelt. Die Convexität der rechten Hemisphäre bietet nichts auffallendes. Benedikt fragt, ob bei dem sexuell höchst potenten Schenk die starke Entwicklung des Lob. occipitalis dafür spricht, dass hier das „centre de la faculté sexuelle" läge.

Am Schädel zeigen sich die Augenhöhlen atypisch hoch, die Schädelnähte synostotisch, besonders Coronar- und Sagittalnaht, wesshalb B. eine acute (pathologische) Nahtverschmelzung annimmt; der Schädel ist asymmetrisch, mit stärkerer Entwicklung der Temporalregion rechts, der Parieto-occipital-Region links; der Basilartheil des Occipitalbeins liegt unter der durch das Basion gezogenen Horizontale. Die Asymmetrie des Schädels tritt auf allen Durchschnitten scharf hervor und giebt Differenzen von 8—10% der Median-Distanzen homologer Punkte.

Eine sehr ausführliche vergleichend-anatomische Studie knüpft Benedikt an das Gehirn des am 6. März 1877 hingerichteten Muttermörders Hackler, der früh als periodisch arbeitsscheuer, rückfälliger Dieb debütirt hatte. Das Hirngewicht betrug 1550 gr. bei 1600 gr Schädelcapacität. Auf der rechten Hemisphäre ist bemerkenswerth: Aplasie des Cuneus, starke Entwicklung des in 3 Querwülste zerfallenen Praecuneus, Fortsetzung des sulc. calloso-marginalis auf den Praecuneus und bis in den Splenium-Antheil des Gyr. fornicatus, Confluenz der Parieto-occipitalfurche mit der fissura Hippocampi. Links confluirt die Interparietal- mit der Parallel- und der Parieto-occipital-Furche, sind beide Parietalwindungen gedoppelt, confluirt die Sylvische Spalte mit der zweiten Stirn-, der Parallel- und der Interparietal-Furche.

Am Schädel Hackler's ist die Gegend beider Fontanellen durch Worms'sche Knochen eingenommen, der Schädel im Ganzen asymmetrisch, durch eine starke Erweiterung der rechten Hälfte in ihrem hinteren Abschnitt; es besteht hochgradige Prognathie bei stark zurückweichendem Unterkiefer, so dass eine wahre Schnauzenbildung entsteht. Der Gaumen ist sehr hoch (25 mm), was jedoch nicht auf Rechnung einer starken Wölbung kommt, vielmehr ist der Gaumen flach, platt, sondern sich durch grosse Höhe des Alveolartheils erklärt; das Basion liegt so tief, dass die Ebene des Occipitallochs fast horizontal liegt.

Die Details der beiden Schädel, die Benedikt mit seinem Kathetometer-Kraniometer höchst sorgfältig ausgemessen hat, giebt noch eine reiche Ausbeute von Einzelheiten.

Sehr wichtige Beiträge zur Kenntniss der Verbrechergehirne bringt Tenchini's dritte Abhandlung (Cervelli di delinquenti, Memoria 3ª, Parma 1891). Die Untersuchungen beziehen sich ausschliesslich auf die medialen Flächen von 130 Verbrechergehirnen. In 29% fand sich eine Fortsetzung des s. calloso-marginalis durch den ganzen Praecuneus; in 5 Fällen (4%) communicirte der s. calloso-marginalis mit der fiss. parieto-occipitalis, und zwar jedesmal links; dasselbe Vorkommniss hat Benedikt einmal beobachtet.

Eine unvollständige Entwicklung des Praecuneus, entsprechend den Verhältnissen bei den Anthropoiden fand T. 56mal (43%). Bei 10% confluirte die Calcarina mit dem sulc. occipito-temporalis inferior, bei 26% mit der fissura hippocampi; unterbrochen war die Calcarina in 18%, und zwar 17mal rechts, 6mal links. Die Trennung der Fissura Calcarina von der F. Hippocampi ist bekanntlich das wesentlichste Unterscheidungsmerkmal zwischen Affen- und Menschenhirn; dieses unterscheidende Merkmal vermisste Tenchini bei 26%! Als Durchschnittsgewicht aus 130 Verbrechergehirnen fand Tenchini 1328 gr. und zwar bei (60) Dieben 1312, bei (51) Brutalitätsverbrechern 1341, bei (10) Sittlichkeitsverbrechern 1362, bei (9) Fälschern 13?1 gr.

Ueber Verbrecherschädel sind in neuester Zeit nur wenig monographische Mittheilungen erschienen. 3 wichtige Anomalien behandelt Mingazzini. Die erste betrifft die zuerst von Albrecht behandelte apophysis Lemurinica (Sul significato morfologico del processo rami mandibularis nell'uomo (Archivio per l'Antropologia e l'Etnologia XXII 1892); sorgfältige vergleichend anatomische Untersuchungen und Durchsicht einer grossen Reihe von Schädeln unbestrafter und bestrafter Individuen lassen M. die atavistische und die criminalanthropologische Bedeutung der Unterkieferanhängsel bestreiten.

Die Russin Tarnowskaja hatte bei 33% ihrer Prostituirten eine „dépression plus ou moins profonde“ an dem Punkte, wo Pfeil- und Lambdanaht zusammenstossen, gefunden. Mingazzini unterscheidet dem gegenüber (Rivista sperimentale di Freniatria XVIII. 1. 1892) eine prominentia squamae occipitis von einer depressio praelambdoidea und fand erstere bei (916) normalen Schädeln in 10%, letztere in 12,2%, beide zusammen in 18‰, bei (145) Irrenschädeln lauten die Zahlen 35%, 14,6% und 7,3%, zusammen also bei Irren für alle Formen der Anomalie 56,6% gegenüber 24% bei Nichtirren. Eine gleichfalls von Mingazzini publicirte Beschreibung von drei scaphocephalen Schädeln (Bolletino della R. Accademia Medica di Roma 1892, fasc. 4) hat an dieser Stelle ihr Interesse in dem Nachweis, dass die Hauptcharactere der Scaphocephalie sich von einer foetalen Synostose der Parietalbeine ableiten lassen*).

Penta hat 752 Schädel, darunter 82 Verbrecherschädel, auf den Schläfenfortsatz des Stirnbeines untersucht. Er fand ihn bei 48 pro mille der Verbrecher, 19 pro mille normaler Schädel, während er bei tiefstehenden Racen bei 50—150 pro mille vorkommt (124‰ bei Negern, 157‰ bei Tasmaniern) und mit 125‰ beim Gibbon; bei 30 menschlichen Embryonen aus dem 4.—5. Monat fand P. den Fortsatz regelmässig, während er im 6.—7. Monat in der Regel verschwindet. Er hält die Erscheinung desshalb für eine Rückschlagsbildung.

An 43 neuen Verbrecherschädeln der Lombroso'schen Sammlung fanden Roncoroni und Ardù die characteristischen Anomalien in folgender Anzahl:

Enorme Stirnhöhlen	bei	46	%	Interparietalknochen	bei	9,2	%
Zurückfliehende Stirn	„	16	„	Offene Stirnnaht	„	9,2	„
Alveoläre Prognathie	„	27,6	„	Asymmetrie	„	20,7	„
Nahtsynostosen	„	48,3	„	Massige Unterkiefer	„	20,7	„
Nahtknochen	„	43	„	Diastema der Schneidezähne	„	18,4	„

*) Worin M. Welckers bekannte Untersuchung bestätigt.

Abnorm grosse canini	bei 13,8 %	Submicrocephalie	bei 30 %
Mittlere Hinterhauptsgrube	„ 39,3 „	Plagiocephalie	„ 57,5 „
Platicephalie	„ 16,6 „		

In einer andern Reihe, die sich nur aus Schädeln schwerer Verbrecher zusammensetzten, fanden dieselben Autoren:

Enorme Stirnhöhlen	bei 46 %	Stirnnaht	bei 8 %
Zurückfliehende Stirn	„ 16 „	Progenee Schädel	„ 22 „
Alveoläre Prognathie	„ 20 „	Mittlere Hinterhauptgrube	„ 34 „
Worms'sche Knochen	„ 40 „	Submicrocephalie	„ 26 „

An 100 anderen Verbrecherschädeln hat Ardù die Schaltknochen untersucht. Er fand:

	Bei 100 normalen Schädeln	Bei 100 Verbrecherschädeln
Worms'sche Knochen	6mal,	17mal,
Preinterparietale	2 „	8 „
Interparietale	1 „	2 „

Weniger ergiebig sind die neu vorliegenden monographischen Leistungen auf dem Gebiete der Verbrecher-Psychologie. Vor allem ist hier ein Buch zu nennen, das umsomehr Beachtung verdient, als es zu rein litterarischen Zwecken geschrieben ist. Es ist die Biographie und Ausgabe der Werke eines der ersten wirklich modernen französischen Dichter, des François Villon, der, ein Findelkind, als Student der Theologie einen Mord beging, zum Strang verurtheilt, dann zur Verbannung begnadigt wurde, und sich zunächst, im Jahre 1455, einer organisirten Räuberbande in Burgund anschloss, um dann in Paris und von Paris aus als Einbrecher und Raubmörder zu agiren und schliesslich spurlos zu verschwinden. Der geistvolle und cynische Dichter erinnert in vielen Zügen an einen der modernsten Pariser Poeten, Paul Verlaine, der gleichfalls ein habitué der Gefängnisse ist und das Gefangenenleben besingt. Dem heutigen Pariser Geschmack an der litterarischen Darstellung der Perversion und Décadence verdanken wir die Herausgabe der unzweifelhaft bedeutenden Dichtungen eines echten delinquente nato. (Loignon., Oeuvres de François Villon. Paris, Lemerre 1892.) (Fortsetzung folgt.)

---

418) **Regimbeau:** Comment il faut comprendre l'action de l'électricité en électrothérapie.

L'Auteur de cet important travail, d'une portée doctrinale particulière, pour faire comprendre à ses élèves l'action de l'électricité en électrothérapie, commence par discuter la nature des forces qui caractérise la vie réduite à la simple expression de molécule protoplasmique. Il admet deux catégories des forces bien distinguées: les unes, vitales incitant ce mouvement moléculaire spécial qui caractérise la vie; les autres physiques nécessaires pour les combinaisons, qui ont lieu dans l'acte de la nutrition. Si nous sommes absolument fixés sur les lois qui gouvernent les forces physiques, nous ne connaissons pas dutout les lois des premières.

Il en résulte que lorsque nous voulons agir au moyen de l'électricité sur la nutrition de la cellule, nous ne pouvons considérer ce problème comme lorsqu'il s'agit d'application industrielle.

Le système nerveux tient sous sa dépendance la nutrition et fonction des autres tissus et la force nerveuse n'est qu'un des modes de l'énergie, un mode encore inconnu il est vrai. — L'électricité possède au plus haut degré la propriété d'exciter le système nerveux, mais elle agit comme le ferait tout autre mode d'excitation (Wundt). Il est necessaire à connaitre la mesure de l'excitation électrique au moyen des électromètres, des galvanomètres etc., mais cette mesure n'est valable que pour le même malade; elle varie selon les indications, et la quantité d'électricité à employer est absolument subordonée à l'observation de la maladie et du malade. Le bain statique qui chez des personnes bien portantes, ne détermine rien du côté du pouls ou de la respiration, produit au contraire l'acceleration du pouls et la modification du rytme respiratoire chez des hystériques et neurastheniques. Le bain statique agit en excitant l'expansion périphérique des nerfs sensitifs.

Les phénomènes des courants continus peuvent être rangés en 3 catégories: physiologiques, mechaniques et chimiques.

Les effets physiologiques sont des effets d'excitation qui ne bornent pas leur action à la peau. Tout organe, tout élément excitable réagit par une manifestation de son énergie spécifiques, lorsqu'il est soumis à l'action électrique. Mais la condition essentielle pour que cette excitation ait lieu, c'est qu'il y ait des variations dans l'intensité du courant.

Quant aux effets chimiques, l'auteur admet l'opinion de Mr. R. Vigouroux. Ces effets chimiques constituent ce que l'on appelle l'électrolyse. Dans les conditions ordinaires des applications médicales, ces effets électrolytiques ne sont pas observables. Du moins n'existent-ils qu'au niveau et dans la masse des tampons humides, qui servent d'électrodes, en y produisant un phénomène intéressant, à savoir la polarisation des électrodes. Mais sur le peau et sur tout le trajet du courant il n'y a pas trace d'électrolyse. L'ancienne hypothèse qui attribuait tout ou partie de l'action thérapeutique du courant aux courants secondaires résultant de la polarisation des tissus, n'est donc pas fondée. Les effets des courants continus doivent être rapportés à des effets d'excitation. Mais l'excitation ne suffit nous rendre compte des effets de l'électricité quand il s'agit de nevralgies, de crampes, de névrite, de myélite etc., à moins que par une étude plus approfondie de l'action nerveuse, nous ne rendions compte, avec Vigouroux et Erb, des effets que nous pouvons obtenir par la vaso-dilatation, la vaso-constriction et l'influence trophique. G. Marinesco (Paris).

---

419) Dr. **Séglas**: Les troubles du langage chez les Aliénés.

Le sujet entrepris par l'auteur ne peut manquer d'attirer l'attention des médecins aliénistes. Ceux qui se tiennent au courant de la littérature psychiatrique et qui ont pu lire les travaux de l'auteur, ont pu se convaincre non seulement de l'étendue de son esprit d'observation, mais encore de l'exactitude de ses procédés analytiques. C'est assez dire qu'il attache une importance capitale à l'interrogatoire le mieux soigné de ses aliénés. C'est par un interrogatoire méthodique que nous pouvons entrer en communication avec le sujet; c'est par le langage écrit, parlé ou mimique que se traduisent au dehors les modifications de la pensée et les

differentes émotions. Séglas prouve que le sujet est bien plus vaste qu'on ne pourrait le penser. Aussi un article bibliographique pour un travail aussi étendu doit se borner à en exposer la divisions et le plan général.

L'auteur groupe, autant que la clinique le permet, les principales variétés de troubles du langage. Pour ce qui concerne le langage parlé ou écrit, on peut diviser les troubles en trois grandes classes. Dans la première, ils résultent de désordres intellectuels qu'ils ne font que traduire au dehors; la fonction image (langage intérieur) reste très souvent intacte, ou bien, si elle vient à être atteinte, les troubles sont intimement liés à ceux des autres opérations intellectuelles; la description de ces troubles est suivie de celles qui intéressent spécialement la fonction langage. Dans la deuxième, il classe les troubles de la parole articulée ou de l'écriture et dans la troisième l'auteur décrit les troubles du langage mimique. On rencontre dans ce chapitre l'étude des dyslogies, des dysphasies organiques et fonctionnelles, y comprises les diverses hallucinations, les dyslalies etc.

Le Dr. Séglas ne se borne jamais à une oeuvre personnelle; il nous fait voir dans chacun de ses travaux les principaux auteurs qui ont écrit sur la matière. Aussi rencontrons-nous dans le présent travail les noms de Snell, Brosius, Spielmann, Conradi, Kussmaul, von Krafft-Ebing, Bezold, Sollbrig, Kahlbaum, Neisser, Klinke, Schlager, Zanzi, Bateman, Romberg, Pick et tous les auteurs français qui ont traité cette question. Dix-sept figures sont intercaliés dans le texte et rehaussent considérablement l'oeuvre de l'auteur.

Jules Morel.

V. Zur Tagesgeschichte.

In Württemberg hat die psychiatrische Tragicomödie Hegelmaier ihren Abschluss gefunden. „Auf Grund des Gutachtens der hohen Medicinalverbände wird demnächst Hegelmaier seines Amtes als Oberbürgermeister der guten Stadt Heilbronn enthoben werden“ (cfr. Heilbronner Zeitung, 23. September 92). S.

Das Central-Comité des elften Internationalen Medicinischen Congresses, der vom 24. September bis 1. October 1893 in Rom tagen wird, hat auf Wunsch der betreffenden Specialisten den bereits bekanntgegebenen Sectionen des Congresses noch weiter je eine für Zahnheilkunde, Kinderkrankheiten und Bau-Sanitätswesen angefügt, sowie der Laryngologie und Ohrenheilkunde je eine besondere Section angewiesen.

Gegenwärtig ist die Bildung des Nationalcomités der europäischen und überseeischen Staaten und Colonieen im Gange; selbe sollen die Aerzte aller civilisirten Länder sowohl zum Besuche des Congresses als zur Theilnahme an den Arbeiten der 18 specialwissenschaftlichen Sectionen anregen.

Ausser dem deutschen National-Comité, dessen Bildung und Vorsitz dem Altmeister deutscher Wissenschaft, Prof. Dr. R. Virchow, übertragen worden ist, wird für jede der 18 specialwissenschaftlichen Sectionen je ein deutsches Ordnungs-Comité errichtet werden.

Die Aerzte Italiens haben bereits Provinzial-Comités gebildet, die den Zweck haben, den auswärtigen Collegen zur Eröffnung des Congresses festlichen Empfang zu bereiten.

Zeitungspsychiatrie.

In einer verbreiteten Zeitung Süddeutschlands lesen wir folgende für den Zustand der öffentlichen Meinung über das Irrenwesen characteristische Notiz: „Im Lyoner Irrenhause fand eine Schreckensthat statt. Zwei tobsüchtige Frauen waren in einer Zelle eingesperrt. Der einen gelang es, ihre Zwangsjacke abzuwerfen. Hierauf tödtete sie die andere mit Fusstritten und sass dann die Nacht hindurch auf der Leiche. So fand man sie am Morgen.“ Derartigen Blödsinn wagen die Zeitungen ihren Lesern zu bieten. Es ist wirklich Zeit, dass überall in den grösseren Städten psychiatrische Asyle eingerichtet werden, deren Wachsäle von Zeit zu Zeit den Leuten, welche die öffentliche Meinung machen, geöffnet werden, damit die Irrenanstalten von diesem odium befreit werden. S.

Königsberg i. Pr. Die klinischen Institute der Universität Königsberg haben neuerdings eine sehr wesentliche Ergänzung erfahren durch die unter Zustimmung der städtischen Behörden erfolgte Einrichtung einer psychiatrischen Universitätsklinik in der städtischen Krankenanstalt (Irrenabtheilung). Dieses bedeutsame Ereigniss beweist von Neuem, dass die preussische Regierung entschlossen scheint, mit dem psychiatrischen Unterricht Ernst zu machen. Es würde unter solchen Umständen vielleicht nur einer bestimmten Aeusserung von Seiten der Anstaltsdirectoren und Psychiatrie-Professoren bedürfen, um die Aufnahme der Psychiatrie in die medicinische Prüfungsordnung für das deutsche Reich zu bewirken.

Die Leitung der Königsberger psychiatrischen Universitätsklinik wurde dem Director der städtischen Krankenanstalt, Herrn Prof. Dr. Meschede, übertragen. S.

Inhalt des November-Heftes.

I. Originalien.

II. Referate u. Kritiken.

1. Physiologie.

2. Allgemeine Pathologie.

3. Specielle Pathologie.

Syphilis, Tabes, progressive Paralyse.

III. Original-Vereins-Berichte.

IV. Bibliographie.

V. Tagesgeschichte.

Buchdruckerei von Kindt & Meinardus, Coblenz.

CENTRALBLATT

für

Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Internationale Monatsschrift

für die

gesammte Neurologie in Wissenschaft und Praxis mit besonderer Berücksichtigung der Degenerations-Anthropologie.

XV. Jahrgang. 1892 Dezember. Neue Folge III. Band.

I. Originalien.

Die Wärterfrage*).

Von Dr. Hugo Hoppe, 3. Arzt der Irrenanstalt Allenberg, O./Pr.

Die Wärterfrage bezieht sich auf das Problem, ein brauchbares und zuverlässiges Wärterpersonal für die Irrenanstalten zu beschaffen. Ich nenne dieselbe ein Problem, weil sie, mit vereinzelten Ausnahmen vielleicht, noch weit von der Lösung entfernt ist. Während die Wärterfrage vor 1880 auf psychiatrischen Versammlungen vielfach discutirt wurde, ist sie im letzten Jahrzehnt von der Tagesordnung verschwunden. Sie ist in den Hintergrund gedrängt worden von einer Reihe anderer practischer Fragen, als da sind Gründung von Colonieen, Familienpflege, Unterbringung geisteskranker Verbrecher. Dennoch ist die Wärterfrage meiner Ansicht nach mindestens ebenso wichtig, als die eben angedeuteten Fragen. Man darf behaupten, dass das Wartpersonal in der Irrenanstalt einen der wesentlichsten Factoren für das Wohl der derselben anvertrauten Kranken und für den Geist bildet, welcher in der Anstalt herrscht. Ich kann dabei als Gewährsmann keinen Geringeren als den verstorbenen Professor v. Gudden anführen, von welchem der Ausspruch herrührt, dass weit mehr als von Bau, Einrichtung und Verköstigung die Güte einer Anstalt von der Güte des Pflegepersonals abhängt. Die Ansicht eines Mannes von der Bedeutung Gudden's beansprucht ohne Frage die vollste Beachtung. Ich füge dazu die Aussprüche zweier anderer ausgezeichneter Irrenärzte. „Man bedenke", sagt Director Hasse in Königslutter, „von welchem Einfluss die Behandlung von Seiten des Wartpersonals den ihm anvertrauten Kranken gegenüber

*) Aus einem dem Herrn Landeshauptmann von Ostpreussen präsentirten Reiseberichte über eine Reihe von deutschen Irrenanstalten, welche ich in diesem Sommer vorzugsweise zu dem Zwecke besucht habe, um mich über die Wärterverhältnisse an den einzelnen Anstalten zu informiren. Ich nehme an dieser Stelle Gelegenheit, den Herren Collegen, welche mich freundlichst aufgenommen haben und mir mit Auskunft und Belehrung zur Hand gewesen sind, meinen besten Dank auszusprechen.

auf den Verlauf der Krankheit ist, wie sehr sie den Grad des jeweiligen absoluten oder relativen Wohlbefindens oder Unbehagens des Kranken bestimmt, die Bestrebungen und Bemühungen der behandelnden Aerzte zu unterstützen oder zu durchkreuzen geeignet ist, also den Erfolg beeinflusst, von welcher Bedeutung die Güte des Wartpersonals für den Frieden im Anstaltsleben ist, wie sehr sie den guten Namen und das öffentliche Vertrauen zu den Anstalten weckt und erhält" (Hasse: Zur Wärterfrage. — Allg. Zeitschr. f. Psych. 1876). „Die Zuverlässigkeit des Wartpersonals ist der feste Boden, den wir für die Behandlung der Kranken unter den Füssen haben müssen; fehlen Zuverlässigkeit und Tüchtigkeit bei denen, welche den Kranken unmittelbar nahe stehen und sie ständig umgeben, so wankt der Boden, und was wir zum Heil der Kranken zu leisten bestrebt sind, schwebt in der Luft" (Roller: Die Fürstlich Lippe'sche Heil- und Pflegeanstalt Lindenhaus. 1891).

Dabei muss man nicht vergessen, dass die Kranken in allen ihren kleinen Lebensbedürfnissen vollständig von den Wärtern abhängig sind. Für Wärter mit niedrigen Regungen liegt es dabei nahe genug, ihre Stellung auszunutzen, sich zu Herren und die Kranken zu ihren unterwürfigen Sclaven zu machen. Man darf sich nicht der Illusion hingeben, dass man durch allgemeine und specielle Anordnungen und durch sorgfältige Controle allenthalben das gewünschte Verhalten des Wärters gegenüber den Kranken erzielen kann. Selbst die eingehendsten und genauesten Anordnungen gestatten eine gewisse Weite und Willkühr der Ausführung, und selbst bei im ganzen correctem Verhalten kann der Wärter die Kranken im einzelnen tyrannisiren und chicaniren. Ich sehe dabei ab von den groben Ungehörigkeiten, welcher sich die Wärter den Kranken gegenüber schuldig machen können, ohne dass es gelingt, ihnen dieselben stets nachzuweisen. Sorgfältige Controle kann die Möglichkeit solcher Vergehen zwar verringern, aber bei einem unzuverlässigen Personal nicht völlig verhindern. Die betreffenden Kranken hüten sich oft zu klagen aus Furcht, dies könnte ihnen den Hass des Wärters zuziehen und ihre Lage noch verschlechtern. Führen die Kranken Klage, so muss dieselbe, wenn Indicien für ihre Berechtigung fehlen, unberücksichtigt bleiben, weil Kranke nicht als zuverlässige Zeugen betrachtet werden können. Brutale Gewaltthätigkeiten — auch solche kommen leider manchmal vor — würde man allerdings zu Ausnahmen machen, wenn man sich nicht, wie dies in den meisten Anstalten geschieht, damit begnügte, die betroffenen Wärter einfach fortzujagen (was übrigens für einen grossen Theil derselben weit davon entfernt ist, eine empfindliche Strafe zu sein), sondern in jedem Falle der Staatsanwaltschaft Anzeige machte, um abschreckend auf die übrigen Wärter zu wirken. Das Bedenken, den Wärter dadurch unglücklich zu machen, ist falsche Humanität und ebenso unangebracht, wie die Scheu vor dem Lichte der Oeffentlichkeit. Höher steht das Wohl der Kranken, welche unter allen Umständen auf das nachdrücklichste vor Misshandlung geschützt werden müssen.

Aus den bisherigen Darlegungen geht schon hervor, dass die Stellung des Irrenwärters wesentlich verschieden ist von der Stellung eines gewöhnlichen Krankenpflegers in einem Krankenhause. Dementsprechend müssen auch an das Wartpersonal einer Irrenanstalt ganz andere Anforderungen

gestellt werden. Von einem andern Krankenwärter verlangt man ausser Gehorsam, Pünktlichkeit und Sauberkeit im wesentlichen nur die Kenntnisse der wichtigsten Handgriffe und Hilfsleistungen bei der Pflege von Kranken. Alles dies beansprucht man selbstverständlich auch vom Irrenwärter, denn er kommt ja häufig genug in die Lage, Schwerkranke und Sieche pflegen zu müssen; daneben aber muss er besonders eine Reihe trefflicher seelischer Eigenschaften besitzen.

Ist schon bei der Pflege körperlich Kranker ein gewisser Grad von Freundlichkeit, Sanftmuth und Geduld wünschenswerth, so ist ein hohes Mass davon für die Irrenwärter unbedingtes Erforderniss. Die Irrenpflege verlangt Herzensgüte, liebevolles Verständniss für die Eigenart der Kranken, selbstlose Freundlichkeit und einen hohen Grad von Ruhe und Geduld auf der einen, Entschiedenheit, Sicherheit im Auftreten, feines Taktgefühl und geistige Gewandtheit auf der andern Seite (nach Hecker: „Pflege des Geisteskranken" im Taschenbuche für Krankenpflege von Dr. Pfeiffer-Weimar 1890).

Alle diese Eigenschaften muss der Irrenwärter besitzen, wenn das Wohl der Kranken gesichert und die Behandlung erfolgreich sein soll. Man kann ein gewisses Gefühl von Ironie nicht unterdrücken, wenn man sich daraufhin das Menschenmaterial betrachtet, welches für die Irrenpflege in Verwendung kommt. Fast ohne Ausnahme sind es die niedersten Stände, aus denen die Irrenwärter hervorgehen, unsere Wärter sind einfache Tagelöhner und Knechte, unsere Wärterinnen nicht gebildete Dienstmädchen. Von solchen Elementen feines Taktgefühl, geistige Gewandtheit, liebevolles Verständniss für die Eigenheiten der Kranken verlangen zu wollen, wird Niemandem im Ernst einfallen. Man hat sich gewöhnt, seine Ansprüche sehr niedrig zu stellen und ist schon mit einem gewissen Maasse von Willigkeit und Gutmüthigkeit ganz zufrieden, selbst wenn sich damit eine ziemliche Portion Dummheit verbindet. Im Durchschnitt aber hat man es mit Elementen zu thun, welche eine Unzahl schlechter Eigenschaften in sich vereinigen. In den Anstalten, welche ich besuchte, wurde in dieser Beziehung fast ohne Ausnahme über die Wärter lebhaft geklagt. „Es wird von Jahr zu Jahr schwerer, brauchbare Wärter zu bekommen," sagte man mir in Heppenheim und Marburg, „die Leute sind ohne Ernst, leichtsinnig, vergnügungs- und putzsüchtig," hiess es in Nietleben, „das Personal ist unzuverlässig, bequem, hat nur Sinn für Vergnügungen," klagte man in Bonn, „die Wärter sind arbeitsscheu, roh, degenerirt, fast alle mit deutlichen physischen und psychischen Degenerationszeichen," gestand man mir in Brieg; u. s. f. Nur in vereinzelten, günstig gelegenen Anstalten, deren Wartpersonal sich vorzugsweise aus einer stabilen ländlichen Bevölkerung rekrutirt, scheinen die Verhältnisse etwas besser zu sein. Im Allgemeinen aber kann man sagen, dass das Gros der Irrenwärter aus ungeeigneten, unzuverlässigen und degenerirten Elementen besteht. Dazu kommt noch der starke (übrigens als Gradmesser für die Wärterverhältnisse geeignete) Wärterwechsel, dessen Nachtheile auf der Hand liegen. In allen Anstaltsberichten findet sich alljährlich die stehende Bemerkung: „Im Berichtsjahr fand wieder ein lebhafter Wechsel des Wartpersonals statt". So waren auch in den Anstalten, die ich besuchte, die Klagen darüber einig. Allenberg

ist in dieser Beziehung noch ziemlich günstig gestellt; in den letzten beiden Jahren betrug hier der Abgang nur etwa $^2/_5$ des Bestandes. In den meisten Anstalten beträgt aber der jährliche Abgang über die Hälfte, in manchen $^3/_4$ des Bestandes und noch mehr. Ein Theil muss wegen Ungehorsam, Misshandlung von Kranken, Trunksucht, grober Unsittlichkeit entlassen werden, die übrigen kündigen aus verschiedenen Gründen. Besonders stark ist der Wechsel an den in der Nähe grösserer Städte gelegenen Anstalten, namentlich was die Wärterinnen anbetrifft, welche in der Grossstadt als Dienstmädchen sehr gesucht und gut bezahlt werden und ihre Vergnügungssucht in reichlichem Maasse befriedigen können. Demzufolge ist die Zahl und die Qualität der Bewerber um vacante Wärterstellen sehr gering. Ein guter Arbeiter verdient in jeder anderen Stellung ebenso viel, wenn nicht mehr und geniesst dabei grössere Ungebundenheit. Dadurch werden die Aussichten auf spätere Steigerung des Gehalts, welche nur langsam eintritt, bei vielen aufgewogen. Auch die Pensionsberechtigung, die in vielen Anstalten durchgeführt ist, um leichter geeignete Wärter zu bekommen, übt nur eine geringe Anziehungskraft aus, zumal auf die Wärterinnen, welche meist bedeutend früher heirathen und aus dem Anstaltsdienst scheiden, bevor die Pensionsfähigkeit beginnt.

Es ist in einzelnen Anstalten am Rhein, z. B. in Heidelberg, der Versuch gemacht worden, die Stellen der Wärterinnen mit Vereinsschwestern zu besetzen. Indessen stellten sich bald in Folge ihrer kirchlichen, hierarchischen Bestrebungen und in anderen Beziehungen solche Unzuträglichkeiten heraus, dass man froh war, dieselben wieder los zu werden. Aehnliche Erfahrungen hat man neuerdings in Bremen mit den Bielefelder Diakonen und Diakonissinnen gemacht. Während der Director Scholz anfänglich sich günstig über dieselben aussprach, sah er sich genöthigt, dieselben im vorigen Jahre wieder abzuschaffen und durch frei angeworbenes Pflegepersonal zu ersetzen.

Die Verhältnisse liegen danach so., dass die Irrenanstalten ihr Wartpersonal aus den niedrigsten Ständen nehmen müssen, dass sich auch aus diesen Ständen nicht die besten, sondern zum grossen Theile unbrauchbare, schlechte Elemente melden und dass ein ständiger lebhafter Wechsel des Wartpersonals statt hat, indem einerseits die gänzlich ungeeigneten Individuen ausgemerzt, die brauchbareren Wärter aber häufig genug durch günstigere Löhne ausserhalb der Anstalt dieser entzogen werden.

Um diesem Umstande abzuhelfen, sind von jeher zwei Mittel in Vorschlag gebracht worden:

1. Aufbesserung der materiellen Existenz des Wartpersonals durch Erhöhung der Löhne,
2. Hebung des Wartpersonals durch Unterricht und Belehrung, gutes Beispiel, Ermahnung, Zuspruch, Aufmunterungen u. dergl. m.

Was den Wärterunterricht betrifft, so ist ein solcher an vielen Anstalten eingeführt. Man will sich die Wärter selbst erziehen. In Halle, Frankfurt a. M., Heppenheim, Heidelberg ist es desshalb Princip, keinen Wärter anzunehmen, welcher bereits in anderen Irrenanstalten (oder in einem Civil-Krankenhaus) gedient hat, weil diese meist unbrauchbare Elemente sind, die sich nicht mehr erziehen lassen. Ferner werden grundsätz-

lich keine Wärter unter 20 und über 30 Jahre engagirt, letztere wegen der grösseren Schwierigkeiten, die ihre Erziehung macht, auch desswegen nicht, weil sie sich mit den jungen Wärtern (gleichen oder höheren Dienstalters) nicht vertragen. — In Halle dient die Baracke (Aufnahme- und Wartstation) gleichzeitig als eine Art Wärterschule. Die neu angenommenen Wärter kommen erst einmal in die Baracke und erlernen hier unter der Oberleitung der Aerzte, des Oberwärters, sowie der zuverlässigsten und im Krankendienste erfahrensten Wärter den gewöhnlichen Krankendienst, die kleine Chirurgie, den Umgang mit Geisteskranken und nebenbei machen sie die Bekanntschaft mit den schwereren psychischen Krankheitsformen, mit allen den Ueberraschungen, welchen man bei Behandlung von Geisteskranken ausgesetzt ist. Erst wenn die Wärter in dieser Weise ausgebildet sind, gelten sie als geeignet für die Ausfüllung schwererer und leichterer selbstständiger Stellen. (Hitzig: Die psychiatrische Nervenheilanstalt zu Halle. — Klin. Jahrbuch, Bd. II.) — In Heppenheim, wo viel Sorgfalt auf die Ausbildung und Erziehung des Wartpersonals gelegt wird, nimmt man als männliche Wärter fast ausschliesslich nur Leute, welche gedient haben, weil dieselben bereits an Zucht und Ordnung gewöhnt und bildungsfähiger sind. Hier wird auch ein regelmässiger Unterricht ertheilt. Dieser hat nach Ansicht des Dr. Stühling, welcher den Wärterunterricht seit Jahren leitet, noch den grossen Vortheil, dass einerseits der Arzt die einzelnen Wärter besser kennen lernt und ihnen persönlich näher tritt, und andrerseits die Wärter in dem Arzt nicht nur den strengen Vorgesetzten, sondern auch den freundlichen, für ihre Ausbildung bedachten Lehrer kennen lernen.

Dass auf diese Weise hier und da, wo ein günstiger Boden vorhanden ist, gewisse Erfolge gezeitigt werden können, muss zugegeben werden; dass aber Unterricht und Belehrung allein nicht im Stande ist, das Wartpersonal auf eine höhere Stufe zu heben, darüber ist man längst einig. Director Hasse schildert in anschaulicher Weise (Bericht über die Thätigkeit der Herzoglichen Heil- und Pflegeanstalt zu Königslutter — Braunschweig 1885) wie er, um ein von höheren idealen Bestrebungen geleitetes Wartpersonal zu bekommen, sich jahrelang die redlichste Mühe gegeben habe, „Wärtern und Wärterinnen die Krankenpflege von höheren Gesichtspunkten, in erster Linie vom Standpunkt der Nächstenliebe, des Mitleids, der Barmherzigkeit und der opferfreudigen Bereitwilligkeit, den Kranken zu dienen, zu rathen und zu helfen, an gutem Beispiel, durch Wort und Schrift, durch Belehrung und Unterricht klar zu machen“, und wie alle seine Bemühungen nach dieser Seite hin im Grossen und Ganzen auf durchaus öden und unfruchtbaren Boden gefallen seien. Da er bei unbefangener Beurtheilung der Sachlage auf diesem Wege keine Aussicht auf Besserung sah, so suchte er, um dem gewünschten Ziel doch so nahe als möglich zu kommen, der Sache von einer anderen Seite näher zu treten, nämlich durch bedeutende Erhöhung der Lohnsätze, wofür er die maassgebenden Behörden zu gewinnen wusste. „Die Wirkung war zunächst die, dass mit einem Male das Angebot zum Wärterdienst sich verdoppelte und verdreifachte und die Stellungen länger gehalten und behauptet wurden. Während früher auf den geringsten Tadel, auf einen Vorwurf, auf eine geringfügige Strafe sofort die Kündigung erfolgte, darf jetzt energischer und nachhaltiger ein-

gegriffen werden. Auf die ganze Haltung und auf die Stimmung des gedachten Personals ist diese Behandlung nicht ohne Einfluss geblieben. Und so haben wir es mit der Zeit doch so weit gebracht, da die grössere Auswahl uns den Erwerb besserer und bildungsfähiger Elemente zur Krankenpflege ermöglichte, gleichzeitig Belehrung und Unterricht, gute Beispiele und Ermahnung in gleichem Verhältniss zur Zunahme der Güte des Materials ihren Einfluss geltend machten, dass wir allerdings weit vom Ziele, das das Streben nach dem Idealen aussteckt, doch von einem einigermassen erträglichen Auskommen in dieser Beziehung sich jetzt reden lässt.“

Erhöhung der Lohnsätze, das scheint demnach das einzig geeignete Mittel zu sein, welches uns der Lösung der Wärterfrage näher führt. Ich habe nicht nur auf der diesjährigen, sondern auch schon auf meiner vorigen Informationsreise über die materielle Stellung der Wärter, welche mir der Hauptpunkt in der mich schon damals interessirenden Wärterfrage zu sein schien, genaue Erkundigungen eingezogen, deren Resultate ich hier mittheilen will.

Es bekommen:

	Monatliches Gehalt: Wärter	Wärterinnen	**Pensionsberechtigung:**
In Prag	11 bis	17 Gulden	vorhanden.
„ Wien	12 „	24 „	vorhanden.
„ Kierling-Gugging		12 „	vorhanden.
Nach 6 Monaten Probe		14 „	
„ 1 Jahr		16 „	
schliesslich		18 „	
Stationsführer		18—20 „	
„ Gabersee	37,5—50 Mark	27—33 Mark.	
„ München	50 Mark	41 Mark	
Nach 1 Jahr	54 „	46 „	Es besteht
„ 2 „	58 „	50 „	ein Unterstützungsfond
„ 3 „	66,5 „	58 „	für eine
„ 13 „	7[illegible] „	62,5 „	Pensionskasse.
„ 15 „	83 „	66,5 „	
Steigung nur bei zufriedenstellenden Leistungen.			
„ Würzburg	30—35 Mark	21—25 Mark	nicht vorhanden.
„ Dresden	20—45 „	18—27 „	vorhanden.
(Nach 4 Jahren das Maximum.)			
Ausserdem bei guten Leistungen Jahresprämien von 36 Mark.			
„ Dalldorf*)	27—45 Mark	22,5—37 Mark	nicht vorhanden.
Ausserdem Dienstkleidung.			
„ Nietleben	25—45 Mark	21—33 Mark	vorhanden.
(Maximum nach 10 Jahren.)			
Pensionsberechtigt:	45—63 Mark	33—40 Mark	
Steigung nur bei guten Leistungen.			
Ausserdem Dienstkleidung.			

*) Diese Anstalten besuchte ich im Herbst 1890, die übrigen in diesem Sommer.

	Monatliches Gehalt: Wärter	Wärterinnen	Pensionsberechtigung:
In Halle	25—41,5 Mark	15—41,5 Mark	nicht vorhanden.
(vierteljährl. um 2,5 Mark) (Steigung nur bei guten Leistungen.)			
„ Bonn	24 Mark	15 Mark	nicht (officiell) vorh.
nach 3 Mon. Probe	26 „	18 „	
dann 4 Stufenklasssen:			
1. 8 zu	28 „	20 „	
2. 4 „	30 „	22 „	
3. 4 „	33 „	25 „	
„ Ahrweiler (Privat-Anstalt)	27—35 „	24—30 „	nicht vorhanden.
„ Eichberg	25—42 „	15—30 „	nicht (officiell) vorh.
steigen jährlich um	2,5 „	2,5 „	
Ausserdem bei guten Leistungen Prämien: nach 6 Jahren 200 Mark, „ 12 „ 300 „			
„ Heidelberg	27,5—44 Mark	20—36 Mark	nicht vorhanden.
steigen jährlich um	4 „	4 „	
„ Heppenheim	27,5 „	25 „	nicht vorhanden.
nach 2 Jahren	33,3 „	27,5 „	
„ Frankfurt a. M.	50—75 „	32—42 „	nicht (officiell) vorh.
(Steigerung nur bei guten Leistungen.) Ausserdem Dienstkleidung.			
„ Marburg	32,5—40 Mark	17,5—25 Mark	nicht (officiell) vorh.
Ausserdem Dienstkleidung, welche nach $1^1/_2$ Jahren Eigenthum wird.			
„ Brieg	24 Mark	20 Mark	nicht vorhanden.
steigen alle 2 Jahre um	6 „		
bis (nach 10 Jahren	50 „	bis 40 „	
„ Allenberg	17—28 „	11—20 „	vorhanden.
Verheirathete	19—30 „		
die 6 ältesten bis	32,5 „		

Die Stationsführer der schweren Stationen erhalten einen monatlichen Zuschuss von 1,5 Mark.

Selbstverständlich haben die Wärter in allen Anstalten (neben freier Wohnung und Wäsche) freie Verpflegung, die im Allgemeinen mit derjenigen der untersten Klasse übereinstimmt, in einzelnen Anstalten aber noch durch einzelne Zulagen von derselben sich unterscheidet.

Ein directer Vergleich zwischen den verschiedenen Anstalten bezüglich der Wärterbesoldungen lässt sich natürlich wegen der localen Verschiedenheit der Lebens- und Lohnverhältnisse nicht ziehen. Doch müssen trotzdem die geringen Wärterbesoldungen in Allenberg anderen Anstalten gegenüber auffallen. Im Allgemeinen sind die Wärterlöhne etwas höher als der durchschnittliche Verdienst der arbeitenden Klassen ausserhalb der Anstalt und zwar um einen desto grösseren Procentsatz, je reichlicher und bequemer die Arbeitsgelegenheit, je geringer aber das Angebot an Arbeits-

kräften in der betreffenden Gegend ist. In fast allen genannten Anstalten übersteigen die Anfangslöhne den durchschnittlichen Arbeitsverdienst zwar wesentlich mehr als in Allenberg, wo sie sich nur wenig von demselben unterscheiden. Doch sind die Wärterlöhne fast nirgends so gross, dass nicht tüchtige Arbeiter anderwärts zuweilen mehr verdienen als in der Anstalt, vor allen Dingen aber nicht so bemessen, dass bessere Volksschichten dadurch angezogen werden können. Das Gehalt der Wärter an den Irrenanstalten ist eben allein für die arbeitenden Stände berechnet. Eine rühmliche Ausnahme machen vorläufig nur zwei Anstalten, München und Frankfurt a. M. Der Irrenanstalt München oder vielmehr den unermüdlichen Anstrengungen ihres leider zu früh verstorbenen Directors v. Gudden gebührt das Verdienst, den Anfang mit einer ausserordentlich beträchtlichen Erhöhung der Wärtergehälter gemacht und dadurch ein Wärtermaterial erlangt zu haben, welches sich aus etwas besseren Volkskreisen recrutirt. Das weibliche Wartpersonal ist in München höher besoldet als in Allenbeg die erste Oberwärterin, welche ein Anfangsgehalt von 450 Mark bekommt und erst nach 20 Jahren ihr Höchstgehalt von 750 Mark erreicht, während in München die Wärterinnen mit 500 Mark jährlich beginnen und schon nach 15 Jahren ihr 800 Mark betragendes Maximalgehalt erlangen. Der erste Oberwärter in Allenberg hat gerade dasselbe Anfangsgehalt wie ein Wärter in München (600 Mark jährlich), er steigt allerdings bis zu einem Maximalgehalt von 1200 Mark, jedoch auch erst nach 30 Jahren, während er nach 15 Jahren, wo die Münchener Wärter bereits ihr Höchstgehalt von 1000 Mark bekommen, erst auf einer Gehaltsstufe von 900 Mark angelangt ist. Was nun gar die 2. Oberwärterstellen in Allenberg betrifft, so sind dieselben bedeutend schlechter besoldet als die Wärterstellen in München, denn es wird selbst bei der längsten Dienstzeit nicht das Anfangsgehalt des Wartpersonals in München erreicht. Aus dieser einfachen Zusammenstellung ergiebt sich von selbst, welche Ansprüche man in München an das Wärtermaterial stellen kann. Das Aufsteigen in eine höhere Gehaltsstufe hat in München allerdings eine vollkommen befriedigende Dienstführung zur Voraussetzung und erfolgt jedesmal nur auf Grund einer besonderen Verfügung des Directors; aber diese Beschränkung trägt nur zur Verbesserung des Wartpersonals bei. Jedenfalls hat München ein ausgezeichnetes Wartpersonal; ich verweise in dieser Beziehung auf die Schilderung der Anstalt München in meinem vorigen Reisebericht, wo die Wärterverhältnisse eingehend erwähnt sind und die Ordnung, die Sauberkeit und der ganze Geist, welcher in der Anstalt herrscht, als bewunderungswürdig hingestellt werden konnte. Die Vortrefflichkeit des Münchener Wartpersonals ist allgemein anerkannt. Der 2. Arzt in Frankfurt, Dr. Nissl, welcher früher längere Zeit an der Münchener Irrenanstalt gewirkt hat, konnte mir auch nur versichern, dass er ein so vorzügliches Wartpersonal wie in München an keiner anderen Anstalt wiedergefunden hätte.

Neuerdings hat die Irrenanstalt zu Frankfurt a. M. das Beispiel Münchens nachgeahmt. Vor einem Jahre sind dort dank den Bemühungen Sioli's, welchen allerdings der Reichthum der Stadt Frankfurt günstig war, die Wärterbesoldungen auf eine ähnliche hohe Stufe gehoben worden wie in München. Der Erfolg war der gleiche, wie ihn Hasse bei der Erhöhung

der Löhne in Königslutter schildert. Während bis dahin die Wärterverhältnisse sehr schlecht waren, haben sich dieselben in der kurzen Zeit schon wesentlich gebessert.*) Das Angebot und die Auswahl ist grösser, das Material brauchbarer und der Wechsel geringer geworden.

Die Erfahrung bestätigt aber, was schon a priori vermuthet werden konnte, dass man durch eine bedeutende Erhöhung der Wärtergehälter ein brauchbares und gutes Wärterpersonal für die Irrenanstalten gewinnen kann. Einige Anstalten sind mit gutem Beispiel vorangegangen, die übrigen werden mit der Zeit nachfolgen müssen, falls sie nicht auf dem Gebiete der Irrenpflege zurückbleiben wollen.

Die Pensionsberechtigung, welche vielfach als Mittel vorgeschlagen und eingeführt wurde, um die Wärterverhältnisse zu bessern, hat sich, wie auch die Allenberger Erfahrungen zeigen, als solches nicht bewährt. Die Pensionsberechtigung hat nur Sinn und Werth bei einem geeigneten Wärtermaterial. Wie dasselbe aber augenblicklich beschaffen ist, scheint mir das in Heppenheim befolgte Princip, dass die Wärter nach einer Reihe von Dienstjahren durch frische Kräfte ersetzt werden, den Vorzug zu verdienen. In Heppenheim ist kein Wärter länger als 8 Jahre im Dienst. Am liebsten entlässt man die Wärter nach 5—6 Jahren, weil man die Erfahrung gemacht hat, dass sie dann bereits untauglich geworden und degenerirt sind. Dieselbe Ansicht wurde mir auch in Marburg und Brieg geäussert. Die älteren Wärter taugen und leisten nichts mehr, wenn sie auch in den ersten Jahren leidlich gewesen sind.

Die Erfahrungen, welche ich in Allenberg in der Männerabtheilung gewonnen habe, bestätigen diese Ansicht. Von 21 über 7 Jahre im Anstaltsdienst befindlichen Wärtern sind 7 für denselben bereits mehr oder weniger unbrauchbar, geistig und körperlich erschlafft, vergesslich, unachtsam oder arbeitsscheu, mürrisch und unzuverlässig. Von den 6 ältesten Wärtern ist sogar nur noch ein einziger, dessen Leistungen befriedigen, während der jüngere Nachwuchs einen weit grösseren Procentsatz von arbeitstüchtigen, arbeitslustigen und brauchbaren Wärtern aufweist. Die Pensionsberechtigung ist häufig der Grund, dass man Wärter, nachdem sie erst mehrere Jahre im Anstaltsdienst gewesen sind, auch wenn sie weniger tauglich zu werden beginnen, weiter behält, weil man sich aus einem gewissen Gefühl von Gerechtigkeit und Humanität scheut, ihnen kurz vor Erreichung des pensionsfähigen Dienstalters zu kündigen. Haben sie dasselbe aber erst überschritten, so werden sie, wenn auch ihre Unbrauchbarkeit zunimmt, immer weiter fortgeschleppt, so lange sie noch nicht völlig dienstunfähig sind.

Wenn man das Princip hat, die Wärter stets nach einigen Jahren zu entlassen, so kann man auch davon absehen, die Wärter durch die Heirathserlaubniss an die Anstalt zu fesseln. In Heppenheim, ebenso in Heidelberg, gilt es als Regel, dass die Wärter nicht verheirathet sein dürfen; auch in Nietleben sind die meisten Wärter unverheirathet. In Heppenheim ist man der Ansicht, dass verheirathete Wärter einerseits zu Unterschleifen, zum Wegbringen von Nahrungsmitteln und Sachen aus der Anstalt neigen, andrerseits durch ihre Familie, durch die häufigen Besuche der Frauen und durch die regelmässigen Beurlaubungen, die man ihnen gewähren muss, von

*) Hat vermuthlich noch andere Gründe. (Anm. der Red.)

ihren Obliegenheiten allzusehr abgelenkt werden. Bestimmte Urlaubstage hat daher das Wartpersonal in Heppenheim überhaupt nicht, Urlaub wird stets nur auf directes Nachsuchen gewährt.

Alle diese Beschränkungen sind jedoch nur angebracht bei Wärtern aus den niedersten Ständen des Volkes, welche an und für sich für die Irrenpflege ungeeignet sind oder es nach einigen Dienstjahren werden. Hat man jedoch ein durchaus gediegenes Wartper onal, wie es München besitzt, so liegt es nicht nur im Interesse der Anstalt, die Wärter durch Heiraths- und Pensionsberechtigung an sich zu fesseln, sondern es ist auch Pflicht der Anstalt, für dieselben, wenn sie ihre ganze Kraft dem Anstaltsdienste gewidmet haben und in ihm alt und unfähig geworden sind, zu sorgen.

Aus der Betrachtung der besprochenen Verhältnisse ergeben sich für die Beschaffung und Erhaltung eines geeigneten und tüchtigen Irrenwartpersonals folgende Postulate:

Die Wärtergehälter müssen vor Allem ganz wesentlich erhöht werden. Es genügt nicht eine mässige Aufbesserung, denn diese bringt uns nicht aus der Calamität heraus, die Wärter aus den untersten Volksklassen wählen zu müssen, sondern es ist für Allenberg mindestens eine Verdoppelung des Anfangsgehaltes nöthig, um sich damit an bessere Volksschichten wenden zu können. Man wird dann bei den Männern etwa auf Militäranwärter, Lazarethgehülfen, bei den Frauen auf Töchter von besseren Handwerkern, kleinen Kaufleuten, Subalternbeamten, mit der Zeit, wenn erst die Vorurtheile mehr geschwunden sind, vielleicht auch auf solche Mädchen Anspruch machen können, welche heutzutage noch in übergrosser Zahl die Misère der Gouvernantenlaufbahn auf sich nehmen. Der Uebelstand, über welchen Hasse bitter klagt, dass ihm gerade seine tüchtigsten Wärterinnen weggeheirathet werden, würde bei Wärterinnen aus den eben beschriebenen Kreisen, wo die Mädchen viel schwerer zum Heirathen kommen, wenn nicht verschwinden, so doch wesentlich geringer werden.

Die Steigung des Gehalts muss in den ersten Jahren schnell erfolgen, um den Eifer aufrecht zu erhalten; später kann das Gehalt langsamer steigen, bis nach ca. 15 Jahren das Maximum erreicht ist. Ausserordentlich tüchtigen Wärtern wird es sich empfehlen, ausserdem noch Jahresprämien zu bewilligen, um den Eifer anzuspornen. Pensions- und (für das männliche Dienstpersonal) Heirathsberechtigung müssen ferner dazu führen, den Wärtern eine sorgenfreie Lebensstellung zu gewähren und dieselben an die Anstalt zu fesseln. Das Aufrücken in eine höhere Gehaltsstufe muss von vollständig befriedigender Leistung und Führung abhängig gemacht werden. Wärter, die zum zweiten Male bei einer Gehaltserhöhung übergangen werden müssen, sind als ungeeignet zu betrachten und zu entlassen.

Im Allgemeinen wird man jedoch durch die Einrichtung einer Wärterschule, die ich neben der Gehaltserhöhung für nothwendig halte, sich über die Tüchtigkeit der anzunehmenden Wärter im Voraus vergewissern können. Ich erachte es für billig, dass bei dem guten Gehalt, das man gewähren wird, und bei der gesicherten Lebensstellung, die man in Aussicht stellen kann, die Individuen, welche diese Stellung annehmen wollen, eine gewisse Lehrzeit durchmachen. Ich denke mir die Wärterschule mit einer

Irrenanstalt der Provinz in ähnlicher Weise verbunden, wie die Hebammenschule mit einer Gebäranstalt. An genügendem und geeignetem Material für die Wärterschulen wird es kaum fehlen. Uebrigens ist in dieser Beziehung die in Heppenheim bestehende Einrichtung zur Gewinnung genügender Wärterkräfte beachtenswerth. Dieselbe basirt auf dem grossen Hilfsverein für entlassene Geisteskranke, welcher in Hessen seit vielen Jahren existirt und dessen Gründung auch für Ostpreussen nur eine Frage der Zeit ist. Die über das ganze Land zerstreuten Vertrauensmänner dieses Vereins (ca. 450) haben nämlich neben ihrer Hauptmission, die entlassenen Geisteskranken im Auge zu behalten und für die Interessen des Vereins zu wirken, noch die Nebenaufgabe, an ihrem Ort geeignete Leute für den Anstaltsdienst ausfindig und die Anstalt auf dieselben aufmerksam zu machen.

Das Alter bei der Aufnahme in die Wärterschule darf im Allgemeinen nicht unter 20 und nicht über 30 Jahre betragen. Beim männlichen Wartpersonal wird man die überstandene Dienstzeit oder, falls man von gedienten Leuten absehen will, die endgültige Befreiung vom Militärdienst zur Bedingung machen müssen. Der Lehrcursus muss mindestens ein halbes Jahr dauern. In dieser Zeit erhalten die Wärteraspiranten von einem Anstaltsarzt theoretischen und practischen Unterricht in der allgemeinen Krankenpflege wie in der speciellen Irrenwartung, und erlernen nebenbei auf den Krankenabtheilungen, wie sie zu allen Diensten herangezogen werden, unter Leitung des Oberwartpersonals und älterer bewährter Wärter, den practischen Anstaltsdienst Dafür erhalten sie während des Cursus freie Verpflegung und Wohnung. Gänzlich ungeeignete Elemente wird man im Laufe des Cursus leicht herausfinden und fortschicken können. Die übrigen legen am Ende des Cursus eine Prüfung ab, deren Bestehen sie zur Bekleidung einer Wärterstelle zunächst in der betreffenden Provinz befähigt, wozu sie sich auch beim Eintritt in die Wärterschule für einige Jahre verpflichten müssen. Auf diese Weise wird man nicht nur erreichen, dass man ziemlich vorgebildete Personen für den Wärterdienst bekommt, sondern dass derselbe auch als eine ernste Angelegenheit betrachtet und betrieben wird, als ein Lebensberuf, zu dem man sich vorbereiten muss, und nicht wie dies jetzt der Fall ist, als eine Beschäftigung, die jeder heute ergreifen und morgen wieder fallen lassen kann, weil dazu ebenso wenig Vorbildung verlangt wird wie zum Lastentragen und zum Steineklopfen.

Die hier aufgestellten Forderungen zur Lösung der Wärterfrage mögen manchem übertrieben erscheinen. Sie sind vielleicht auch übertrieben in Anbetracht der geringen Lust, welche sich in den massgebenden Kreisen zeigen dürfte, dieselben zu erfüllen, soweit sie wenigstens den wichtigsten Punkt, die Geldfrage, betreffen. Aber die Forderungen sind nicht übertrieben, insofern als sie nothwendig sind, wenn eine durchgreifende Wandlung in den Wärterverhältnissen eintreten soll. Man hat den Kranken die Ketten abgenommen und die Zwangsjacken ausgezogen, man hat ihnen die Thüren geöffnet und sie auf ländlichen Gütern angesiedelt, man hat für sie palastähnliche Gebäude aufgeführt und dieselben mit den besten hygienischen Einrichtungen, mit allen Vollkommenheiten der modernen Technik und mit möglichstem Comfort ausgestattet, es bleibt noch eins zu thun übrig: Geben wir den Aermsten unter den Armen zu ihrer Pflege und Beaufsichtigung

intelligente, humane und berufsfreudige Wärter, welche die Bedürfnisse der Kranken verstehen und ihre Eigenheiten zu behandeln wissen, welche ihnen Stützen und Freunde sein können und wollen, welche ihre Lebensaufgabe darin sehen, als dienendes Glied in dem Heilapparat der Anstalt durch sorgfältige Beachtung der ärztlichen Intentionen zur Heilung ihrer Pfleglinge beizutragen und den Unheilbaren das Leben in der Anstalt so freundlich als möglich zu gestalten.

II. Referate und Kritiken.

420) **A. Souques** (Paris): Contribution à l'étude des syndromes hystériques „simulateurs" des maladies organiques de la moelle épinière. (Sclérose en plaques, paraplégie, tabes, amyotrophie et syringomyélie.)

(Nouvelle iconographie de la Salpêtrière. Nr. 1, 2, 4, 5, 6. 1891.)

Die vorliegende grosse, umfassende (188 Seiten) Arbeit über die Hysterie von einem Schüler Charcot's beschäftigt sich mit denjenigen Fällen von Hysterie, in denen sich diese Neurose durch einen Symptomencomplex ausspricht, der dem Krankheitsbilde einer organischen Rückenmarksaffection mehr oder minder ähnlich ist. Es tritt hier der colossale Umfang, den die Hysterie nach den Lehren Charcot's und seiner Schüler gewonnen hat, die Ausdehnung auf Krankheitsbilder, welche noch vor wenigen Jahren ganz sicher eine andere Deutung erfahren hätten und zum Theile auch de facto erfahren haben, so scharf hervor, wie in wenigen anderen derartigen Publicationen. Es wird daher diese Schilderung bei den ja noch immer nicht wenigen Neurologen, die den letzten Consequenzen der französischen Auffassung der Hysterie zum Theile zweifelnd und misstrauisch, zum Theil direct ablehnend gegenüberstehen, eine wenig günstige Aufnahme finden. Die Symptomatologie der Hysterie ist eine so ausserordentlich reiche, dass nur ausserordentlich wenige Symptome organischer Affectionen vorhanden sind, welche nicht auch zu der ersteren gehören; Symptome, wie die Entartungsreaction bei Muskelatrophie können nach S. hysterischer Natur sein. Die Einzelheiten hierüber sollen bei den einzelnen Krankheitsbildern besprochen werden. Da die Rückenmarkskrankheiten unter sich in der Regel leicht abgrenzbar sind, so bleibt nach S. als wichtigste differentielle Diagnose die Vergleichung mit Hysterie übrig. Man muss in jedem Falle fragen, ist der betreffende Kranke nicht auch hysterisch, was durch ein genaues Nachforschen nach den bekannten Stigmata der Hysterie sowohl in der Anamnese wie in dem gegenwärtigen Krankheitsbefunde sich entscheidet; sodann ist die Frage zu entscheiden, handelt es sich um eine Combination von Hysterie mit einer organischen Erkrankung, was ja bekanntlich häufig vorkommt, oder aber sind alle vorliegenden Krankheitserscheinungen einzig und allein auf die Hysterie zurückzuführen. Im letzteren Falle würde natürlich die Prognose im Allgemeinen eine beträchtlich günstigere, wie im entgegengesetzten Falle sein, wenn auch nicht übersehen werden darf, dass gerade die uns hier beschäftigenden Formen der Hysterie oft einen ausserordentlich langwierigen und immer wieder recidivirenden Verlauf haben.

1. Hysterie und disseminirte Sclerose. Die Differentialdiagnose bietet hier manchmal ausserordentliche Schwierigkeiten und wird zuweilen in Ermangelung characteristischer hysterischer Symptome erst durch den Verlauf (rapide Heilung oder ausserordentliche Besserung etc.) geklärt. In der grossen Mehrheit der Fälle aber lassen sich deutliche Stigmata der Hysterie nachweisen. Verf. zeigt dies an einigen eigenen Beobachtungen und bespricht dann die Fälle von Pseudosclerose, von denen er die meisten darunter auch die Grund legenden Fälle von Westphal als reine Hysterie aufgefasst wissen will.

Hat man einen Kranken vor sich, der an Sprachstörungen, Intentionszittern, Schwindel, Lähmungen, Blasenstörungen etc. leidet, der Diplopie, apoplectiforme oder epileptiforme Anfälle etc. gehabt hat, so sehe man genau zu, ob nicht eindeutige Zeichen von Hysterie bestehen; ist dies der Fall, so fragt es sich, da sämmtliche oben genannte Symptome auch hysterischer Natur sein können, ob es sich nicht nur um Hysterie handle. Hierbei ist zu beachten, dass der hysterische Intentionstremor zuweilen auch in der Ruhe besteht und nur durch Bewegungen verstärkt wird; er ist sehr veränderlich und flüchtig, kann plötzlich verschwinden; er soll durch die Compression hysterogener Zonen hervorgerufen, verstärkt oder gehemmt werden. Die hysterische Sprachstörung ist oft mehr ein Stottern, also ein langsames, skandirendes Sprechen: sie tritt gewöhnlich nach einem epileptiformen Anfall auf, ist veränderlich und vorübergehend. Die Schwindelanfälle sind in der Regel von Kopfschmerz, Klopfen in den Schläfen, Ohrensausen, Nebel vor den Augen begleitet und stellen abortive hysterische Anfälle dar; zuweilen folgt auch ein Anfall von Bewusstseinsverlust mit oder ohne Convulsionen. Die apoplectiformen und epileptiformen Anfälle können zu Hemiplegie führen oder nicht; besteht eine Hemiplegie, so kennzeichnet sich dieselbe als hysterische durch das Bestehen von Hemianästhesie, Fehlen der Facialislähmung oder Spasmus glossolabialis, Todd'schen Gang, Fehlen der Pyramidendegeneration etc. Der unbewegliche, stumpfe Gesichtsausdruck kommt beiden Erkrankungen zu; bei der Hysterie ist in derartigen Fällen das Gesicht in der Regel traurig, der Blick starr. Der Geisteszustand ist bei beiden Krankheiten durch Gedächtnissverlust, unmotivirtes Lachen oder Weinen gekennzeichnet; während aber der an Sclerose Leidende eher heiter ist, ist der Hysterische eher schweigsam, neigt zum Weinen. Von besonderer Wichtigkeit sind die Augenstörungen. Entfärbung der Papille und Neuritis optica kommen selbstverständlich nur der Sclerose zu. Vorübergehende Amblyopie und Amaurose beobachtet man bei beiden Krankheiten, dauernde nur bei Sclerose. Das Gesichtsfeld zeigt bei Sclerose ungleiche Einschränkung, während es bei Hysterie regelmässig concentrisch eingeschränkt ist; die Störungen des Farbensehens sind verschieden. Associirte Augenmuskellähmungen kommen bei beiden Krankheiten vor; monoculäre Diplopie, Micropsie und Macropsie sind der Hysterie eigenthümlich. In keinem der von Verf. erwähnten Fälle von Hysterie wurde Nystagmus beobachtet, der darnach ein wichtiges Unterscheidungsmerkmal ist. (Allerdings wird auch in seltenen Fällen von Hysterie Nystagmus beobachtet, was um so weniger auffallend ist, wenn es richtig ist, dass, wie manche Ophthalmologen sagen, manche Leute willkürlich Nystagmus hervorrufen

können. Ref.) Ausserdem wird man bei Stellung der Diagnose zu beachten haben die hereditären und persönlichen Antecedentien, die Aetiologie und den Verlauf der Krankheit, sowie das Alter des Patienten.

2. Hysterie und spinale Paraplegie. Nicht selten bietet die Unterscheidung zwischen einer hysterischen und einer durch eine organische Rückenmarkserkrankung hervorgerufenen Paraplegie ganz ausserordentliche Schwierigkeiten, zumal wenn keine sonstigen characteristischen Symptome bestehen, sondern die Paraplegie das einzige Krankheitssymptom ist. Lassen wir zunächst diese monosymptomatische hysterische Paraplegie ausser Betracht und studiren die hysterischen Paraplegien, die mit anderen hysterischen Stigmaten verbunden sind, so finden wir gegenüber den organischen Paraplegien folgende Unterschiede:

Zunächst sind die Sensibilitätsstörungen bei beiden verschieden; zumal zeigt sich dies bei traumatischen Paraplegien. Bei der Neurose hat die Anästhesie segmentäre, „morphologische" Grenzen, die mit den Grenzen der Glieder zusammenfallen; dabei werden die Geschlechtstheile und die Kreuzbeingegend verschont; letzteres ist bei den organischen Läsionen nicht der Fall; hier wird die Anästhesie durch eine gerade Linie, die mehr oder weniger senkrecht zu der Mittellinie des Körpers verläuft, begrenzt; oft findet man darüber eine enge hyperästhetische Zone. Ist die Anästhesie eine beschränktere, so schliesst sie sich bei organischen Läsionen dem Verlauf der einzelnen Nerven an; nicht so bei der Hysterie. Die verschiedensten Arten von Parästhesien und Hyperästhesien kommen bei organischen Paraplegien regelmässig vor, seltener bei Hysterie.

Die Vertheilung der Anästhesie, wenn anders eine solche überhaupt vorhanden ist, ist wohl das wichtigste differentialdiagnostische Zeichen. Die motorischen Störungen, mögen sie mit Spasmus oder Schlaffheit verbunden sein, kommen beiden Krankheiten zu. Fehlen der Kniephänomene ist bei Hysterie selten. Störungen der electrischen Reaction sind bei spinalen Paralysen häufiger und treten früher auf als bei Hysterie. Ebenso verhält es sich mit den trophischen Störungen, wie Muskelatrophie, Blasen-, Geschwürsbildung. Schwerer Decubitus scheint für organische Störung characteristisch zu sein. Retentio et incontinentia urinae et alvi kommen beiden Affectionen zu, Incontinenz ist bei Hysterie seltener. Die Myelopathiker fühlen kein Bedürfniss zu uriniren; sie fühlen weder das Abfliessen des Urins noch den Catheterismus; die Hysterischen fühlen das Bedürfniss wie den Catheterismus und sprechen laut davon. Eitrige Cystitis kommt nur den organischen Störungen zu. Schliesslich liefern die Antecedentien des Kranken, die Entstehung und der Verlauf der Erkrankung, die genau aufgenommen werden müssen, unter Umständen wichtige Anhaltspunkte für die Diagnose. Hat man schliesslich Hysterie nachgewiesen und kann keinerlei pathognomonisches Zeichen einer Rückenmarkserkrankung nachweisen, so hat man auf das Bestehen eines rein hysterischen Krankheitsbildes zu schliessen.

Ganz besonders schwer ist die Erkennung von „monosymptomatischen" hysterischen Paraplegien. Die letzteren bestehen nicht selten, ohne dass irgend eine Spur von Anästhesie oder irgend ein sonstiges Zeichen von Hysterie vorliegt (besonders bei Kindern), so dass man nur zu geneigt ist,

an ein malum Pottii, an Syphilis, Tuberculose, Tumoren des Rückenmarks etc. zu denken. Hier ist vor Allem auf die Anamnese Gewicht zu legen. Hereditäre Belastung zu Nervenkrankheiten pflegt bei den Compressionen des Rückenmarks zu fehlen. Manchmal vernimmt man bei sorgfältigem Nachforschen von früheren hysterischen Episoden bei dem Kranken. Der Beginn der Krankheit ist bei der Neurose oft so, dass sie plötzlich in vollem Umfange einsetzt; der Verlauf ist ein launischer, veränderlicher; manchmal tritt eine plötzliche Heilung ein, die aber nicht vor Recidiven schützt, welche dann natürlich leichter zu beurtheilen sind. Die Anamnese erlaubt toxische oder infectiöse Lähmungen auszuschliessen. Wenn man so alles genau beachtet und die bekannten Symptomencomplexe der verschieden organischen Lähmungen, wie der Hysterie mit dem vorliegenden Krankheitsbilde vergleicht, so wird man das Vorhandensein einer hysterischen Lähmung oft mehr oder weniger wahrscheinlich, zuweilen sicher finden.

3. Hysterie und Tabes dorsalis. Verhältnissmässig sehr wenige Beobachtungen sind bisher von hysterischer Pseudotabes berichtet worden; S. fügt denselben 3 neue Fälle hinzu. Nur wenige Symptome der Tabes vermag die Hysterie nicht nachzuahmen; das sind Atrophia nervi optici, Pupillenstarre, deformirende Arthropathien und spontane Fracturen; das Westphal'sche Zeichen kommt nur selten bei Hysterie vor, wird aber hierbei wie ja auch bei Gesunden beobachtet. Von sonstigen Symptomen bei Tabes finden sich bei Hysterie: Ataxie, blitzartige Schmerzen, Gürtelgefühl, viscerale Krisen z. B. des Magens, des Larynx, der Nieren etc., Hyperästhesien, Anästhesien, Verlust des Muskelsinns, Blasenstörungen (Retentio und Incontinentia urinae), Augenstörungen (Amblyopie, Diplopie, Dyschromatopsie etc.), Romberg'sches Zeichen etc.

Sind also derartige Symptome vorhanden, so fragt es sich, besteht Hysterie, und wenn dies der Fall ist, kann das gesammte Krankheitsbild auf Hysterie zurückgeführt werden oder aber bestehen, wie dies ja häufig der Fall ist, Tabes und Hysterie zu gleicher Zeit? Zur Entscheidung dieser Frage ist eine Vergleichung der hysterischen und tabischen Symptome nöthig. Die tabischen Schmerzen können von der Hysterie wohl nachgeahmt werden, doch pflegen sie dann gewöhnlich nicht von cutaner Hyperästhesie begleitet zu sein und das Gebiet des ulnaris frei zu lassen. Eigenartig ist die hysterische Rachialgie; sie ist mehr oberflächlich als tief; die Haut daselbst ist druckempfindlich und der Druck ruft oft die Erscheinungen der aura hervor, zuweilen sogar einen Krampfanfall. Die visceralen Krisen sind im Ganzen bei beiden Krankheiten gleichartig, doch kehren sie bei der Neurose in regelmässigeren Zwischenräumen wieder. Die Verbreitung der Anästhesie ist bei der Hysterie im Gegensatze zur Tabes vielfach eine unsymmetrische, oft beschränkt auf eine Körperseite, ein Glied oder einen Theil eines Gliedes und hat scharfe, morphologische Grenzen. Seltener findet man bei Hysterie eine inselförmig über den ganzen Körper vertheilte Anästhesie. Die Störung des Muskelsinnes ist bei beiden Krankheiten eine verschiedene. Auch die Ataxie lässt bei Hysterie in der Regel eigenartige Nüancen erkennen; sie verschwindet zuweilen bei horizontaler Lage, wird wesentlich beeinflusst durch die Stimmung, ist häufig mit besonderen Spasmen verknüpft. Das Romberg'sche Zeichen kommt beiden Erkrankungen

zu. Das Fehlen der Kniephänomene wird bei Hysterie nur ganz ausnahmsweise beobachtet. Die Blasenstörungen können ausserordentlich ähnlich sein, doch wird bei hysterischer Retentio urinae der Catheterismus in der Regel schmerzlich empfunden; im Auftreten und Verlaufe dieser Störung zeigt sich das Wechselhafte den Neurose.

Von den Augenstörungen kommen reflect. Pupillenstarre und Opticusatrophie selbstverständlich nur der Tabes zu. Dieselbe führt oft zu Augenmuskellähmungen und Diplopie; die Hysterie ruft zuweilen associirte Lähmungen, Spasmen der Lider, monoculäre Diplopie und Micromegalopsie hervor. Die tabische Gesichtsfeldeinschränkung ist eine ungleiche, bei Hysterie besteht regelmässige concentrische Einschränkung. Bei Tabes führt die Amblyopie zur völligen Erblindung, bei Hysterie sind Amblyopie und Amaurose nur vorübergehende Erscheinungen. Bei Tabes betrifft etwa eintretende Farbenblindheit zuerst das Grüne und Rothe, Gelb und Blau bleiben bis zuletzt erhalten. Bei Hysterie besteht in der Regel nur eine Dyschromatopsie in Folge einer Einschränkung des Gesichtsfeldes für die Farben; wird die Erkenntniss der Farben gestört, so bleibt oft das Rothsehen allein erhalten. Allerdings wird vom Verfasser auch ein Fall als Hysterie aufgefasst, bei welchem die Pupillen auf Licht und Accomodation schlecht reagirten und zugleich völlige Achromatopsie bestand. Dass die Anamnese für die Beurtheilung eines Falles sehr wichtige Momente liefern kann, braucht nicht weiter betont zu werden.

4. Hysterie und spinale Muskelatrophie. Während noch vor wenigen Jahren eine beträchtlichere Muskelatrophie geeignet schien, von vornherein die Diagnose Hysterie als unhaltbar erscheinen zu lassen, wurden in den letzten Jahren immer mehr Fälle von unzweifelhafter Hysterie bekannt, in welchen eine sogen. einfache Muskelatrophie ohne electrische Modificationen, meist rasch auftretend und grössere Muskelgruppen befallend, vorhanden war, wo also die Muskelatrophie den myopathischen oder arthropathischen glich. Während diese Fälle einer Erklärung relativ leicht zugänglich erscheinen, trifft dies nicht zu für die Fälle von hysterischer Muskelatrophie von myelopathischem Typus, welche zum Theil genau entsprechend der Aran-Duchenne'schen progressiven Muskelatrophie einzelne Muskeln und kleine Muskelgruppen der Hände (Interossei, Thenar etc.), der Arme etc. befallen und mit fibrillären Zuckungen und Entartungsreaction einhergehen. Verf. theilt 3 neue Fälle dieser Art aus der Charcot'schen Klinik und unter dessen Leitung beobachtet mit, in welchen das rasche Auftreten der Muskelatrophie im Anschlusse an unzweifelhaft hysterische Erkrankungen derselben Theile (z. B. Atrophie im Anschluss an hysterische Contractur) hervorzuheben ist. Verf. glaubt das Auftreten der Entartungsreaction in diesen Fällen nicht von einer peripheren Neuritis abhängig machen zu sollen, er glaubt vielmehr, dass die dynamische Läsion der Vorderhörner, welche die hysterische Muskelatrophie herbeiführt, auch zugleich genüge, um von Seiten der Nerven entsprechende trophische Störungen hervorzurufen, welche das Auftreten der Entartungsreaction hinreichend erklären mögen; immerhin glaubt Verf. sich zunächst etwas reservirt halten zu müssen und Mangels einer überzeugenden Erklärung um so mehr die Thatsachen sprechen lassen zu sollen.

Haben wir nun einen solchen Fall von anscheinend spinaler begrenzter Muskelatrophie mit Entartungsreaction und fibrillären Zuckungen bei einer hysterischen Person vor uns, so ist für die Entscheidung der Frage, ob die Muskelatrophie nicht auch auf die Hysterie zurückzuführen sei, zumal von Wichtigkeit die Entwickelung der Atrophie. Diese tritt bei der Hysterie durchgehends sehr rasch auf, kann aber dann recht lange bestehen bleiben, langsam zurückgehen und heilt zuweilen völlig. Von besonderer Bedeutung für die Erkennung der Natur der Muskelatrophie sind die engen Beziehungen, welche zwischen dem Sitz der Atrophie und der Localisation der Stigmata der Neurose stattfinden. Bald entwickelt sich die Muskelatrophie an einem von hysterischer Paralyse oder Contractur befallenen Gliede,, bald an der Stelle einer hysterischen Anästhesie oder Hyperästhesie. Und selbst wenn die Atrophie symmetrisch ist, so ist sie doch auf Seite der Sensibilitätsstörungen ausgesprochener und hartnäckiger. Wenn man diese Unterscheidungsmerkmale genau beachtet, so kann man selbst in Fällen von unzweifelhaftem Nebeneinanderbestehen von Hysterie und echter spinaler Muskelatrophie, wie Verf. einen solchen berichtet, zuweilen mit grosser Wahrscheinlichkeit einen Theil der bestehenden Atrophie als hysterischen Ursprungs nachweisen.

5. Hysterie und Syringomyelie. Es giebt zwar bis jetzt in der Litteratur keinen Fall von Hysterie, welcher den ganzen vollständigen Symptomencomplex der Syringomyelie, wie ihn uns das letzte Jahrzehnt kennen gelernt hat, nachahmt, wohl aber sind mehrere Fälle bekannt, wo eine Parese, blaues Oedem, syringomyelische Dissociation der Sensibilität, neuralgische Schmerzen, Blasenbildung und dergl. in verschiedener Gruppirung ein Krankheitsbild darstellten, welches zunächst an Syringomyelie erinnerte und nur nach genauester Berücksichtigung der Entwicklung und der begleitenden Erscheinungen als hysterischer Natur erkannt werden konnte. Auch dafür, dass nicht selten beide Krankheiten neben einander bestehen können, liefert die Litteratur mehrere Beispiele.

Die syringomyelische Dissociation der Sensibilität ist bei Hysterie nicht selten; Charcot fand sie bei 20 hysterischen Anästhesien 2mal und konnte sie in zwei anderen Fällen durch Hypnose hervorrufen. Aber in unseren Fällen unterscheidet sich dieselbe, falls sie auf Hysterie beruht, durch ihr plötzliches Auftreten, mehr noch durch ihr oft plötzliches Verschwinden, durch den Einfluss, den ästhesiogene Mittel, Massage, Suggestion etc. auf sie haben. In der Regel bestehen ferner bei Hysterie noch andere, characteristische Sensibilitätsstörungen. (Ob auch bei Syringomyelie Gesichtsfeldeinschränkung vorkommt, wie neuerdings behauptet wurde, erscheint nach den Untersuchungen des Verf. für zweifelhaft.) Ueber das Auftreten von Atrophie gelten die im vorigen Abschnitte gemachten Bemerkungen. Ein bläuliches, schmerzloses Oedem des Handrückens mit Herabsetzung der localen Temperatur kommt bei beiden Krankheiten vor; bei Hysterie ist es oft durch die bekannten Mittel zu beeinflussen und verschwindet manchmal plötzlich mit den localen Paralysen oder Contracturen etc., die es begleitet. Trophische Störungen, wie Blasenbildung etc., Scoliose kommen zwar auch bei Hysterie, aber doch nur ausnahmsweise vor. Schliesslich muss

wie immer auf den Beginn und die Entwicklung des Leidens, das frühere oder gleichzeitige Bestehen anderer hysterischer Manifestationen besonderes Gewicht gelegt werden.

Die ausserordentlich interessante, anregende Arbeit, die auf die Anregung und unter Leitung Charcot's geschrieben wurde, mag unseren Lesern zum Studium im Originale hiermit empfohlen sein.

Noch lehrreicher würde die Abhandlung geworden sein, wenn auch die zahlreichen Fälle berücksichtigt worden wären, in denen post mortem nachgewiesene organische Krankheiten intra vitam Hysterie vortäuschten.

Strauscheid.

---

421) **Karl Lechner** (Professor in Klausenburg): Beiträge zur Kenntniss der allgemeinen Neurosen. Vorläufige Mittheilung.

(Sep.-Abdr. aus dem Ungarischen Archiv für Medicin.)

Verfasser giebt in obiger Mittheilung einen vorläufigen Bericht über Beobachtungen, welche nach seiner Meinung geeignet sind, uns einen tieferen Einblick in das Wesen der allgemeinen Neurosen zu verschaffen.

Die Theorieen Beard's, Arndt's und Kowalewsky's über die der Neurasthenie zu Grunde liegenden Veränderungen des Nervensystems hält er für unzulänglich. Er selbst geht von der Annahme aus, welche die neuere Experimentalpsychologie, hauptsächlich die Arbeiten von Herzen, Münsterberg u. A. nach seiner Meinung als zweifellos erscheinen lässt —, dass eine geistige Function überhaupt nur dann zu Stande kommt, wenn der Reiz aufgenommen, die Empfindung erzeugt und gleichzeitig auch eine Bewegung ausgelöst wird. Jede Seelenfunction erfordert das Zusammenwirken von Perception, Bewusstsein und Muskelarbeit. Jeder dieser 3 Factoren ist auf den anderen angewiesen, eins bedingt das andere; alle 3 bilden zusammen eine Coalition und Abweichungen im Bereich des einen Factors bleiben nicht ohne Einfluss auf die beiden anderen. L. glaubt desshalb, dass functionelle Störungen des Nervensystems nur dann gehörig erklärt werden können, wenn man die Untersuchung auf alle Glieder des Reflexkreises in gleichem Maasse ausdehnt. „Es genügt nicht bloss, die Functionsveränderungen der Nervenelemente zu untersuchen, man muss das Augenmerk zugleich auf die Functionsstörungen der Muskulatur erstrecken“.

Die Beobachtungen des Verfassers betrafen beide Gebiete. Parallel mit den Störungen der Psyche untersuchte er bei den allgemeinen Neurosen und bei den auf neurotischer Grundlage entstandenen Psychosen auch die zu Tage tretenden Muskelstörungen.

Bei Neurasthenie und Hysterie konnte er 2 Typen der Reactionsanomalie unterscheiden: Die Ueberreizbarkeit und die verminderte Reizbarkeit der Muskeln. Bei beiden liess sich ausserdem ein rascherer und langsamerer Verlauf der Muskelarbeit beobachten. Die Arbeit der Coalitionsfactoren des Reflexbogens verharrt nur so lange in ihrer ungestörten Gesetzmässigkeit, als das rechte Verhältniss zwischen den Leistungen derselben erhalten bleibt. Bei Lösung dieses Verhältnisses erlangt entweder die Muskel- oder die Nervenarbeit ein Uebergewicht. Steigerung der Muskelreizbarkeit kann ebenso Folge der vergrösserten Muskelarbeit wie auch der verringerten Nervenarbeit sein, während umgekehrt die erhöhte

Nervenreizbarkeit ebenso durch grössere Nervenarbeit als durch verminderte Muskelarbeit bedingt sein kann, i. e. gesteigerte Muskelreizbarkeit kann zugleich mit geschwächter Nervenreizbarkeit, gesteigerte Nervenreizbarkeit mit geschwächter Muskelreizbarkeit verbunden sein.

Demzufolge glaubt L., wäre das Problem der reizbaren Schwäche und des Wesens der allgemeinen Neurose als gelöst zu betrachten. Das gleichzeitige Auftreten der gesteigerten Reizbarkeit und der Schwäche findet in der Auflösung des Verhältnisses zwischen Muskel- und Nervenarbeit seine Erklärung: „Während nämlich die eine Arbeitsform im gesteigert gereizten Zustande sich befindet, vermag die andere im erschöpftem Zustande zu sein. Die reizbare Schwäche, welche, bloss auf die Nerventhätigkeit angewendet, als Nonsens betrachtet werden musste, kann somit auf das Verhältniss zwischen der Nerven- und Muskelarbeit angewendet, seine richtige Begründung finden“.

Wir sind bisher dem Gedankengange L.'s gefolgt, ohne einen Einwand zu erheben. Indess sind schon die Voraussetzungen, von welchen L. bei seinen Erörterungen ausgeht, zum Theil ganz und gar unhaltbar. Er nimmt z. B. an, dass die Ermüdung bei geistiger Thätigkeit hauptsächlich in den Muskeln, nicht in den Nervenelementen zu Stande kommt. Dass Ermüdungsgefühle bei Neurosen auch unabhängig von jeder Muskelthätigkeit auftreten können, wird nicht weiter berücksichtigt. Mosso, der die Phänomene der Ermüdung zum Gegenstand besonderer Studien machte, erklärt im Gegensatz zu L., dass es unter physiologischen Bedingungen nur eine einzige Ermüdung giebt, die nervöse; diese ist das vorwiegende Phänomen. Auch die Muskelermüdung ist nach M. im Ganzen nur eine Ermüdung und Erschöpfung des Nervensystems. Auch mit der Art und Weise, wie L. die Thatsachen zu Gunsten seiner Theorie sich zurechtlegt, können wir uns nicht recht befreunden. Eine hochgradige Steigerung der einen der beiden Arbeiten, der Muskel- oder Nervenarbeit hat nach L. eine Abnahme der anderen zur Folge. Umgekehrt soll aber auch eine Abnahme der einen Arbeitsform Zunahme der anderen bedingen. Als Beweis für diese Aufstellungen wird angeführt, dass Reconvalescenten nach schwerer Krankheit eine sehr grosse Nervenreizbarkeit bei äusserst geringer Muskelkraft, Individuen dagegen, deren Nervensystem durch stärkere Einwirkungen erschöpft ist, oft mächtige Muskelreflexe zeigen. Solche sind nach L. z. B. die durch grosse Freude oder Schmerz hervorgerufenen Wein- und Lachausbrüche. Es ist uns geradezu unverständlich, wie man derartige Erscheinungen als Zeichen vermehrter Muskelarbeit betrachten kann.

Darüber, dass Erschöpfung des Nervensystems nicht mit vermehrter Leistungsfähigkeit der Muskeln einhergeht, kann für Jeden, der auf dem Gebiete der Neurasthenie und Hysterie grössere Erfahrungen besitzt, kein Zweifel bestehen. Zum Ueberfluss haben Féré (Sensation et mouvement, S. 21) und Mosso (die Ermüdung, S. 280) experimentell in überzeugender Weise dargethan, dass die Gehirnerschöpfung durch geistige Thätigkeit die Kraft der Muskeln verändert. Es scheint uns bei dieser Sachlage gerathen, die ausführlichen Mittheilungen Lechner's abzuwarten, bevor wir uns ein Urtheil darüber gestatten, inwieweit die Beobachtungen L.'s die Pathologie der allgemeinen Neurosen über den derzeitigen Stand hinaus

fördern. Dass sich aus einem Missverhältniss zwischen Nerven- und Muskelleistung das Wesen der allgemeinen Neurosen erklären lässt, hierfür liefert die vorliegende Mittheilung jedenfalls keine überzeugenden Beweise.

L. Löwenfeld.

---

422) **Seggel**: Ein Fall von einseitiger reflectorischer Pupillenstarre.
(Arch. f. Augenhlkd. XXIV. 3. S. 234.)

Ein 33jähriger Officier erkrankt zunächst an einer Parese des N. VI. sin. Diese geht nach 4monatlichem Bestehen zurück. Nach einem Monat beginnt sich allmählich eine Lähmung sämmtlicher Aeste des N. III. sin. auszubilden. Dabei Fehlen der Muskelreflexe und Intentionszittern der Zunge. Nichts von Lues. Auch die III-Parese geht zurück unter Hinterlassung von Lähmung des M. obliquus inferior und Lähmung der Pupille. Die l. Pupille war erweitert (5 gegen 3 mm) und reagirte nicht auf Licht, weder direct noch consensuell, dagegen sehr energisch mit der Accommodation. Die rechte Pupille reagirte in jeder Weise normal. Es bestand aber einseitige reflectorische Pupillenstarre linkerseits.

Trotz der Entstehung dieser Affection aus einer completen III.-Lähmung und trotz des Bestehens derselben neben einer Lähmung des den M. obl. inf. versorgenden Astes des N. III. glaubt der Verf. doch die Ursache der Pupillenerweiterung nicht in den Stamm oder in den Kern des N. III. verlegen zu dürfen. Er hält vielmehr eine Erkrankung der Meynert-schen Fasern für wahrscheinlich, in ähnlicher Weise wie es Möbius zur Erklärung der einseitigen refl. Pupillenstarre gethan hat. (Vergl. d. Cbl. 1888, Nr. 23 und 1889, Nr. 3.)

Heddaeus (Essen.)

---

423) **Lyder Borthen**: Die topisch-diagnostischen Verhältnisse bei einseitiger isolirter reflectorischer Pupillenstarre.
(Klin. Monatsbl. f. Augenhlkd. 1892. April.)

37jähriger ehemaliger Steuermann, der vor 19 Jahren harten Schanker gehabt hat, erkrankt an linksseitiger refl. Pupillenstarre.

Die l. Pupille ist erweitert (4,5 gegen 2 mm) und contrahirt sich auf Licht gar nicht, mit der Convergenz langsam auf 3 mm. Sehschärfe und Accommodationsvermögen beider Augen normal.

B. kommt per exclusionem zu dem Schluss, dass die Ursache der Affection in einer Kernerkrankung zu suchen sei. Er erinnert an die Ansicht einzelner Forscher (Dufour), dass der Sphincterkern aus zwei Theilen bestehe, einem für die Licht- und einem für die accommodative Reaction.

Heddaeus (Essen).

---

424) Dr. **Ph. Limbourg**: Kritische und experimentelle Untersuchungen über die Jrisbewegungen und über den Einfluss von Giften auf dieselben, besonders des Cocain.
(Archiv für experiment. Pathologie und Pharmakologie.)

Verf. bringt eine sorgfältige Zusammenstellung aller bezüglich der Jrisbewegung gemachten Experimente und Hypothsen. Er meint, die Beziehung des Sympathicus zum intraocularen Druck sei noch nicht genügend

aufgeklärt, es sei darin ein wichtiger Factor für die Jrisbewegung zu erblicken. — Aus den angestellten Experimenten und sonstigen Erfahrungen ergebe sich, dass Cocain den Sympathicus am Auge reize. Verf. beobachtete speciell den Einfluss des Trigeminus und die Beziehungen des Cocain zu demselben. Durchschneidung des Trigeminus erzeugt, wie bekannt, Pupillenverengung. Wurde dieselbe intracraniell einseitig vorgenommen und dann Cocain in die Augen instillirt, so waren nach ca. 20 Minuten die vorher wesentlich ungleichen Pupillen gleich weit. Aus dieser gleichmässigen Erweiterung beider Pupillen wird geschlossen, dass der intraoculare Druck durch die Trigeminusdurchschneidung nicht wesentlich verändert wurde, wenn anders es richtig ist, dass die Myose nach Durchschneidung des Halssympathicus auf einer Hypotonie des Bulbus beruht. Wurde nach einseitiger Trigeminusdurchschneidung Atropin eingeträufelt, so trat wohl eine Erweiterung beider Pupillen ein, jedoch nur um dieselbe Grösse. Die Differenz bei Beginn der Vergiftung blieb bestehen. Atropin müsse demnach unabhängig von den Momenten wirken, welche bei der intracraniellen Durchschneidung des Trigeminus die Myose herbeiführen. Der Gegensatz zwischen den beiden Alcaloiden sei bemerkenswerth. Er sei kaum durch die Thätigkeit eines vom Sympathicus innervirten M. dilatator, pupillae zu erklären. Die verschiedene Wirkung des Atropin und Cocain auf die Pupille nach der Trigeminusdurchschneidung lasse die Folgerung gerechtfertigt erscheinen, dass der Dilatator in näherer Beziehung zu den Gefässen der Regenbogenhaut stehe, dass derselbe vielleicht einen Theil der Gefässwand selbst bilde. — Der Apparat, durch welchen Cocain die Pupille dilatire, werde vom Trigeminus und Sympathicus zugleich innervirt.

Bach - Würzburg.

---

425) **J. Hughlings Jackson** und **James Galloway**: A case of Syringomyelus. (The Lancet. 20. Febr. 1892, pag. 408.)

Die Kranke, eine 47jährige Frau, wurde der Hunterian Society am 27. Januar 1892 von Dr. Galloway mit der Diagnose Syringomyelie vorgestellt und in der sich anschliessenden Discussion (cf. the Lancet, 20. Febr. 1892, pag. 425) schlossen sich die Redner der gestellten Diagnose an. Dieser Fall ist dadurch von den gewöhnlichen abweichend, dass neben einer für Syringomyelie sprechenden Arthropathie des R. Ellbogengelenks neben einer motorischen Lähmung, die mit Muskelatrophie einhergeht, welche die Muskeln der rechten Hand betrifft, neben einem Verlust der Schmerz und Temperaturempfindung des rechten Armes, wie sie für Syringomyelie characteristisch ist, noch eine sogenannte gemischte Anästhesie besteht, welche den r. Arm, die r. Thoraxseite genau bis zur Medianlinie, ebenso die r. Kopfhälfte bis zur Mittellinie betrifft und die einige Finger breit oberhalb des Nabels mit einer sog. Amputationsgrenze abschneidet. Die Schleimhäute der r. Seite der Zunge, des Mundes, Gaumens und Schlundes sind mit betroffen; ebenso der Geruch, Gesicht und Gehör sollen normal sein; es fehlen aber Angaben über etwaige Gesichtsfeldeinschränkung. (Ref. kann sich nicht enthalten, die Vermuthung auszusprechen, dass es sich vielleicht um Hysterie — die nicht berücksichtigt ist — handelt, welche eine Syringomyelie „nachahmt“ oder um eine Combination beider

Affectionen. Hierfür spricht 1. hereditäre Belastung seitens eines Grossvaters, 2. dass die Affection im 22. Jahre nach einem Anfall mit Bewusstlosigkeit und Verlust des Gefühls auf der rechten Körperseite auftrat, 3. dass Dr. Glover Lyon in der Discussion hervorhob, die Atrophie sei nicht so hochgradig, als der völlige Verlust der motorischen Kraft erwarten liesse, 4. die einseitige gemischte Anästhesie. Ref. erlaubt sich, auf die Arbeit von A. Souques, Contribution à l'étude des syndromes hystériques simulateurs des maladies organiques de la moëlle épinière, Thèse, Paris 1891 hinzuweisen, wo ähnliche Fälle mitgetheilt sind ctr. Ref. Nr. 420).

Wichmann, Braunschweig.

---

426) **Déjerine** et **Sottas:** Syringomyélie unilaterale, Vortrag, gehalten in der Société de biologie. 23. juillet 1892.

(Le Mercredi Médical 1892, Nr. 30.)

Die ersten Erscheinungen stellten sich bei dem Kranken in einem Alter von 53 Jahren ein: Verlust der Empfindung gegen Schmerz und Temperatur. Bei der Untersuchung bot derselbe folgende Erscheinungen: Atrophie der rechten Hand und des rechten Vorderarms. Sensibilitätsstörung auf der ganzen rechten Oberextremität. Ferner ganz leichte Abnahme des Gefühls für thermische Reize auf der ganzen Körperoberfläche. — Der geschilderte Zustand hielt ziemlich unverändert zwei Jahre an, nach Verlauf deren eine Pneumonie zum tödtlichen Ausgang führte.

Dieser Fall ist ausserdem noch dadurch interessant, dass er der erste von einseitiger Syringomyelie ist, dessen Section gemacht wurde. Bei derselben fand sich eine einzige Höhle im Medullarrohr vor, die sich vom 2. Cervicalnerven an bis zur Lendenanschwellung hinzog und von einer dicken gliomatösen Schicht am unteren Ende der Halsregion umgeben war. Oben war diese Höhle breiter. Sie beschränkte sich ausschliesslich auf die rechte Seite, nur an einer ganz umschriebenen Stelle griff sie auf die linke über. Das Vorderhorn war vollständig vom Hinterhorne getrennt. Die Entwicklung hatte in der gelatinösen substantia Rolandi begonnen. Die Wand der Höhle bildete ein wirklich neoplastisches, wohl abgegrenztes Gewebe ohne wahren entzündlichen Character, ohne corpora granulosa.

In der Debatte hob Hallopeau hervor, dass er bereits vor langer Zeit unter dem Namen myélite péri-épendymaire Erscheinungen beschrieben habe, die man seitdem zur Syringomyelie gestellt habe und die auf einer wahren myelitischen Läsion zu beruhen scheinen mit Sclerose und chronischer Entzündung der Gefässe. Es sei nicht unmöglich, dass dem allgemeinen klinischen Bilde zwei Complexe anatomischer Thatsachen entsprechen: die nicht neoplastische myelitis peri-ependymica und die gliomatöse Syringomyelie. — Déjerine erwidert hierauf, dass auch er an 10 Fällen von Syringomyelie-Sectionen die Ueberzeugung gewonnen habe, dass die verschiedenen Läsionen, myelitis peri-ependymica, myelitis mit Höhlenbildung und syringomyelia nur eine einzige Affection, einen einzigen Process darstellen (eine Neubildung, die nach der Peripherie fortschreitet und im Centrum degenerirt.

Buschan-Stettin.

---

427) **A. Souques** (Paris): Un cas de syringomyélie.
(Nouv. iconographie de la Salpêtrière, 1891, Nov.)

Bei einem 26jährigen Manne bestanden neben den Erscheinungen der Syringomyelie (Analgesie und Thermoanästhesie eines Armes, circumscripte Atrophie) die Symptome der Morvan'schen Krankheit: zahlreiche schmerzlose Panaritien, Furunkel und sonstige trophische Störungen. Es zeigt demnach dieser Fall klinisch die Einheit beider Krankheiten, welche Joffroy anatomisch nachgewiesen hat. Ausserdem bestanden an den Zähnen, an der Nase und an dem Schädel Veränderungen, welche mit grosser Wahrscheinlichkeit für das Bestehen der hereditären Syphilis sprachen, ein Factum, welches bei der vielfachen Unsicherheit der Aetiologie in der Syringomyelie von einiger Bedeutung erscheint. Strauscheid.

428) **Adolf Schmidt**: Doppelseitige Accessoriuslähmung bei Syringomyelie.
(Deutsche med. Wochenschr. 1892, Nr. 26.)

Verfasser beschreibt den Befund bei einem im 15. Lebensjahre erkrankten, jetzt 23jährigen Schneider, welcher an Kyphoscoliose leidet, eine eigenthümliche Schwäche in den Händen hat, welche ihm die Ausübung seines Handwerks unmöglich macht, und seit einiger Zeit heiser ist. Die Untersuchung ergiebt: Degenerative Atrophie einer Anzahl Muskeln des Schultergürtels und der Vorderarme, ziemlich gleichmässig auf beiden Seiten, Analgesie und Thermoanästhesie bei erhaltener tactiler Empfindung an der oberen Hälfte des Rumpfes und an den beiden Armen, vasomotorische und trophische Störungen in demselben Gebiete, geringe spastische Erscheinungen der Unterextremitäten, Lähmung des linken Recurrens mit Cadaverstellung und Atrophie des linken Stimmbandes. Rechts bewegt sich das Stimmband bei der Phonation bis über die Mittellinie, bei der Respiration jedoch nur wenig nach aussen, also rechtsseitige Parese des crico-arytaenoideus posticus. Keine Störungen der Sensibilität des Larynx, keine Schlingbeschwerden, Musculatur des Gaumensegels normal. Pulsfrequenz durchschnittlich 90.

Darnach ist der Krankheitsprocess im Rückenmark und zwar in der Höhe des 4. bis 8. Cervicalnervenaustrittes gelegen und hat beiderseits in ziemlich gleicher Weise die Vorderhörner zerstört. In geringere Mitleidenschaft sind die Hinterhörner, namentlich ihre an den Canalis centralis grenzenden Partieen gezogen. Die weisse Substanz wird dagegen nur im Gebiet der Seitenstränge ein wenig gelitten haben.

Die Atrophie des Cucullaris und Sternocleidomastoideus, die Stimmbandlähmungen und die erhöhte Pulsfrequenz sind die Folge einer Läsion der Kernregion beider Nervi accessorii. Interessant ist, dass trotz der ausgedehnten Läsion der Accessorii im Rückenmark und der Oblongata die benachbarten Kerne des Hypoglossi und Vagi intact geblieben sind. Einige Ganglienzellengruppen im Kerngebiete functioniren offenbar noch, daher die nicht ausgesprochene Lähmung des rechten Stimmbandes, die geringe Erhöhung der Pulsfrequenz und der Mangel an Schlingbeschwerden und Störungen im Gebiet des Gaumensegels.

Nachdem Verfasser noch die bekannteren Fälle von doppelseitiger und einseitiger Lähmung des Accessorius erwähnt, stellt er die Symptome fest, welche bei den verschiedenartigen Läsionen eines oder beider Accessorii

eintreten müssen, je nachdem sie peripher, oder an der Schädelbasis und zwar vom Foramen jugulare bis zum Foramen occipitale magnum oder im Wirbelcanal an der Wurzelregion resp. im Rückenmark sich abspielen.

Peltesohn.

429) **Edinger**: Giebt es central entstehende Schmerzen?

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde I., 3 u. 4.)

Eine 48jährige Frau erlitt 3 Jahre nach einer Endocarditis einen leichten apoplectischen Insult, bei welchem nach einer Gefühlsstörung im rechten Arm und Bein kurzdauernde Bewusstseinsstörung auftrat. In der nächsten Zeit Lähmung des rechten Arms und Beins mit heftigen Schmerzen und Hyperästhesie in den gelähmten Gliedern. Trotz Besserung der Lähmung blieben Schmerzen und Hyperästhesie. Nach ca. 2 Jahren Hemianopsie. Wegen starker Schmerzen 1888 Suicidium. Die Autopsie ergab einen Erweichungsherd im nucleus externus Thalami optici und in einem Theil des Pulvinar bei geringer Betheiligung der inneren Kapsel. Die genaueren Bestimmungen über die Betheiligung der inneren Kapsel müssen im Original (cfr. bes. pag. 272 und 273) nachgelesen werden.

Sommer (Würzburg).

430) Dr. **Rosolino Colella**. Contributo alla fisiologia dei lobi prefrontali del cervello e alla chirurgia cerebrale.

(Aus der psychiatr. Klinik der Universität Neapel.)

Fall I. Verheiratheter Mann, 33 Jahre alt, unwesentlich hereditär belastet, wurde bei einem Streit durch einen schweren Ziegelstein an der Stirngegend verletzt. Starker Blutverlust, ausgesprochene Symptome von Hirnerschütterung. Nach einer halben Stunde war er wieder im Stande zu gehen und sich klar auszudrücken. Die Inspection der Wunde ergab: complicirte Schädelfractur; Splitter sind in die Hirnmasse eingedrungen und diese ist desorganisirt als pulsirende Hernie durch den Knochendefect getreten. Ungefähr 7 gr. Hirnsubstanz werden abgetragen, die Splitter entfernt; Jodoformtampon. Nach einer Stunde Catgutnaht der Hautwunde. In den 4 ersten Tagen nach der Operation Kopfschmerz, langsame, etwas scandirende Sprache. Allgemeines Depressionsgefühl, Erbrechen, leichte Form von Delirium. Keine Lähmung, keine Krämpfe. Blase und Rectum functioniren normal. Temperatur etwas erhöht; Puls verlangsamt. Alle Störungen von Seiten der Wunde hören bald auf. Der Patient verlässt 26 Tage nach der Operation das Spital mit etwas Abstumpfung der Intelligenz und zeitweisem Kopfschmerz; sonst alles normal. 2 Monate später wird er vom Verf. mit allen Hilfsmitteln der Nervendiagnostik auf's genaueste untersucht. Es besteht unbestimmtes Unbehagen; herabgesetzte Potenz, Hautreflexe auf beiden Seiten kaum auslösbar. Sehnenreflexe theilweise erhöht, bes. das Kniephänomen. Auffallend war eine Veränderung des Characters, die besonders von der Frau des Patienten bemerkt ward; der Kranke war unbeständig, unschlüssig und launenhaft geworden; er interessirt sich weniger für seine Familie und seinen Beruf. Trotzdem sein Gedächtniss für ältere Daten genau ist, erinnert er sich an neuere Geschehnisse nur, wenn sie direct seine Person betreffen. Gemüthsstimmung traurig, apathisch: mit-

unter, bes. nach Alcoholgenuss, unverträglich, ungeduldig, durch Widerspruch gereizt. Bradyphasie; längere Pause zwischen Frage und Antwort. Diese Characterveränderung konnte Verf. noch 2 Jahre nach der Verletzung constatiren.

Fall II. 13jähriger Knabe fiel 8 Meter hoch aus einem Fenster auf's Strassenpflaster. Das Stirnbein ward zerschmettert und zertrümmerte Hirnsubstanz lag in der stark blutenden Wunde, die in 9 cm Länge in der Nähe der l. Haargrenze sich befand; Bewusstlosigkeit, krampfhafte Zuckungen, Knochensplitter in der Hirnsubstanz. Als diese 2 Stunden nach dem Sturze entfernt werden, Wiedereintritt des Bewusstseins und allmählig auch der Sprache, Catcutnaht der Hautwunde. Taubes Gefühl auf der ganzen r. Seite, rechter Arm und Bein paretisch, Fortdauer rechtsseitiger Gesichtszuckungen, Kopfschmerz, Anorexie. Brechneigung. Im Uebrigen Motilität, Sensibilität und Reflexe intact. Die ersten 12 Tage unregelmässiges Fieber bis zu 39 Grad. Starke Niedergeschlagenheit und häufig Sopor. Die Wunde eitert leicht und schliesst sich erst nach 6 Monaten gänzlich, da im 3. Monat Erysipel hinzutritt. Inzwischen bessert sich der Zustand, alle Symptome schwinden bis auf die leichte Parese des r. Armes. Sehr genaue Untersuchung 2 Monate nach der Verletzung wie in Fall I ergiebt: Bei geschlossenen Augen schwankender, aber nicht atactischer Gang, Unsicherheit des Ortssinnes, bes. auf dem r. Arm. Schmerzgefühl allgemein herabgesetzt. Verlangsamung der Empfindungsleitung. Langsamkeit und Unsicherheit der Bewegungen des r. Armes. Geringe beiderseitige Gesichtsfeldeinschränkung. Das Gesichtsfeld ist für alle Farben sehr eng, bes. für blau und weiss. Zeitweise geringe subjective Gehörsempfindungen. Von Hautreflexen existirt nur der Plantar- und der Cremasterreflex. Die Sehnenreflexe sind etwas lebhafter, aber ungleich auf beide Seiten. Kniephänomen und Tricipitalreflex rechts stärker. Periostreflexe am r. Arm fehlen fast ganz. Keine psychische Störung; langsame Sprache. Andeutungsweise Paraphasie und Spuren von Zucker im Urin. Eine Untersuchung 9 Monate und eine 2 Jahre nach der Verletzung erweist alles normal. In der Wunde. ist Hirnpulsation fühlbar. Bei plötzlichem Witterungswechsel Schmerz an der Läsionsstelle.

Fall III. 5jähriges Mädchen kommt wegen zeitweise auftretender starker Leibschmerzen in's Spital. Kein Fieber, keine nervöse Störungen. Abdomen durch Flüssigkeit stark aufgetrieben. Subcutane Venen am Nabel stark entwickelt. Oedem der Bauchdecken, der unteren Extremitäten und der äusseren Genitalien. Leber stark vergrössert, Oberfläche glatt. Allgemeine Abstumpfung und verlangsamte Leitung der Sensibilität. Kniephänomen beiderseits verstärkt. Mangelnde Willensenergie und abgeschwächte Intelligenz. Nach 20tägiger Beobachtung todt.

Mittelst der Antonelli'schen Methode der craniocerebralen Topographie wurden in den 2 ersten Fällen die verletzten Windungen genau festgestellt. Bei Fall I ergab sich, dass das mittlere Segment der zweiten Stirnwindung, der oberen und unteren Stirnfurche und das der unteren Partie der oberen Stirnwindung verletzt waren. Bei Fall II betrifft die Läsion das mittlere Segment der zweiten Stirnwindung in ihrer ganzen Dicke und das der oberen und unteren Stirnfurche. Ferner erstreckt sie sich auf den unteren

Theil der oberen Stirnwindung und auf das mittlere Segment des oberen Randes der unteren Stirnwindung. In Fall III ergab die Autopsie: Hirn sehr vergrössert und etwas asymmetrisch. Submeningeale Hämorrhagie über der vorderen Hälfte der mittleren Stirnwindung und der angrenzenden Partie der oberen und unteren Stirnwindung. Vordere Hälfte der Hemisphäre bedeutend abgeplattet, die Furchen fast verstrichen bis zu den Centralwindungen. Atypie der oberen Stirnwindung; dieselbe entspringt mit 2 Wurzeln aus dem obersten Theil der aufsteigenden Stirnwindung. An Frontalschnitten zeigt sich ein grosses, nicht scharf abgegrenztes Gliom im Stirnlappen in der Ausdehnung der submeningealen Blutung, 4 cm in das Centrum Vieussenii hineinreichend. Zahlreiche Hämorrhagieen im Tumor selbst. Um den Tumor ist die Hirnsubstanz von kleinen Blutherden durchsetzt und in hämorrhagischer Erweichung.

Pneumonia crouposa im linken Unterlappen. Die microscopische Untersuchung ergab, dass das Gliom in den Hirnwindungen aus kleinen zugespitzten Zellen ohne Fortsätze und aus einem dichten Netz feinster Fasern mit vielen eingestreuten freien Kernen und kleinen kernhaltigen Körpern besteht, von denen zahlreiche Fortsätze ausgehen. Eine grosse Menge embryonaler Glia-Elemente bilden gedrängte Zellhaufen um die erweiterten mit Lymphkörperchen erfüllten Scheiden der zahlreichen Gefässe. Die Ganglienzellen zeigen keine Wucherungserscheinungen. In Leber und Niere zahlreiche marastische Thrombosen in den Gefässen und davon ausgehend bedeutende Degenerationen der Parenchymzellen.

Verf. kommt durch Heranziehung der Thierexperimente der Physiologen, durch tabellarisch zusammengestellte Fälle der Litteratur und die eigenen Beobachtungen zu folgenden Schlüssen:

Die destructiven Läsionen der Lobi präfrontales bedingen weder dauernde Lähmungen noch Krämpfe; treten solche ein, so sind sie als Fernwirkungen aufzufassen. Bleibende Störungen der allgemeinen Sensibilität oder der Sinnesorgane werden durch die genannten Läsionen nicht hervorgerufen; der anfänglich nach der Läsion beobachtete allgemeine Torpor in den verschiedenen Arten des Empfindens ist ein transitorisches Phänomen und entsteht durch einen Perceptionsdefect, durch eine psychische Hypästhesie. Die Präfrontallappen sind das Gebiet der höchsten psychischen Functionen. Die Zerstörung keiner Zone der Hirnrinde beim Menschen und den ihm verwandten Thieren hat so schwere Folgen in Bezug auf Abschwächung aller psychischen Kundgebungen. Es handelt sich dabei um einen Ausfall an Initiative und Zielbewusstheit, an Lebhaftigkeit und Spannkraft, an Aufmerksamkeit und Gedächtniss. Selbst ausgedehnte Läsionen der Stirngegend des Menschenhirns sind nicht tödtlich und sogar mit einer restitutio ad integrum verbunden, indem andere Hirntheile compensatorisch eintreten.

An der Hand von 81 tabellarisch geordneten Fällen der Litteratur seit der antiseptischen Wundbehandlung kommt Verf. zu dem für Hirnchirurgie wichtigen Ergebniss, dass zufällige oder chirurgische Läsionen keines Theils irgend einer Windung der Hirnhemisphären tödtlich sei und dass stets nach einer gewissen Zeit durch eintretende Compensation eine fast völlige Restitution der durch die Läsion selbst bedingten Ausfallserscheinungen eintrete. Es sei somit der Chirurg berechtigt, an jedem

Punkte die Hirnoberfläche zu therapeutischen Zwecken bei endocranialen Affectionen anzugreifen. Der klar und anregend geschriebenen Abhandlung sind 3 Tafeln mit guten Zeichnungen beigegeben. Feist.

431) **Ch. L. Dana** (New-York): Tumors of the third ventricle with report of a case of sarcoma of the third ventricle, and optico-striate region.
(The journal of nerv. and mental disease. March 1892.)

Ein 41jähriger Mann, der früher sehr viele sexuelle Excesse begangen hatte, dagegen angeblich nie syphilitisch war, zeigte vor 2 Jahren zuerst eine gewisse Flüchtigkeit und Zerstreutheit, die allmählich zunahm, so dass er seinem Geschäft nicht mehr vorstehen konnte. 4 Monate vor dem Tode wurde er stuporös; er sass den ganzen Tag da, schlief viel; es trat leichte linksseitige Hemiplegie auf, intensiver Kopfschmerz, Erbrechen. Der Gang wurde unsicher, wie bei einem Betrunkenen. Das Sehvermögen nahm ab, während die Augenmuskeln normal wirkten. Gefühl war erhalten. Brechanfälle, jedoch keine Convulsionen. Die Schläfrigkeit nahm zu, Coma, Tod. Bei der Autopsie fand man ein vom rechten Thalamus opticus ausgehendes Sarkom, welches den dritten Ventrikel ausfüllte, den hinteren Theil des Balkens stark verdünnt hatte und auch den linken Thalamus opticus etwas infiltrirt hatte; rechts hatte der Tumor die corpora quadrigemina, die Oberfläche des Hirnschenkels und den nucleus caudatus angegriffen. In dem Hirnschenkel bestand keine absteigende Degeneration, wie man sie wegen des Bestehens der Hemiplegie erwartete. — Die Symptome gleichen ziemlich denen der Balkenläsionen, nämlich: Stumpfheit, Stupor, Kopfschmerzen, Opticusatrophie und später Hemiplegie. Strauscheid.

432) **G. J. Preston** (Baltimore): Tumor of the cerebellum with report of cases. (The joural of nerv. and mental disease. April 1892.)

Verf. giebt eine kurze gute Schilderung der Symptomatologie der Kleinhirngeschwülste und berichtet dann über drei eigene Fälle mit Sectionsbefund. Dieselben bieten nichts wesentlich Neues, sondern entsprechen dem bekannten Bilde. Strauscheid.

433) **J. H. Lloyd** (Philadelphia): A case of meningeal tumors of the prefrontal region — late pulmonary tuberculosis — history of syphilis.
(The journal of nerv. and mental disease. Jan. 1892.)

Ein 32jähriger Kellner hatte vor 5 Jahren Syphilis; vor 2 Jahren bekam er epileptische Anfälle, die bis zum Tode oft wiederkehrten. März 1891 Aufnahme in das Hospital wegen heftigen Kopfschmerzes, Schwellung der Gegend der rechten Augenbraue, Exophthalmus. Patient war stuporös, war sehr schwer zum Antworten zu bringen, liess Urin und Koth unter sich. Später trat leichter Nystagmus auf. Nach einiger Zeit Besserung des geistigen Zustandes, Anschwellung über dem rechten tuber frontale: Incision, Entleerung käsigen Eiters, Heilung. Herbst 91 verschlechterte sich der Zustand wieder, die angeblich früher gesunden Lungen zeigten deutliche Erscheinungen von Phthise. October 91 Tod. Bei der Autopsie fand man einen grösseren, weichen, gelben Meningealtumor über der vorderen erweichten Partie der rechten zweiten Frontalwindung, der den Schädel stark

erodirt hatte; ein kleiner Tumor sass links an der symmetrischen Stelle und ein dritter über der unteren Parietalwindung. Ueber die Natur der Tumoren wird nichts angegeben. Strauscheid.

---

434) **Ph. B. Knapp**: A case of tumor of the cerebellum in which trephining was done for the relief of increased intracranial pressure.

(The journal of nervous and mental disease. Febr. 1892.)

Trepanation zwecks Herabsetzung des intracraniellen Drucks bei inoperablen Hirntumoren wurde zuerst 1888 von Weir, dann 1890 von Horsley empfohlen. Der Fall des Verf. ist folgender: Fin 28jähriger Mann hatte mit 17 Monaten eine Poliomyelitis anterior acuta, nach deren Ablauf das linke Bein gelähmt und atrophisch blieb. Später war er stets gesund bis zum Frühjahr 1889, wo sich heftiger Hinterhauptschmerz einstellte. Derselbe wurde immer heftiger; dazu gesellte sich Trübung des Sehens und Diplopie. Ein Augenarzt constatirte October 1889 keine Augenmuskellähmung, dagegen beiderseits (zumal rechts) Stauungspapille. Später mehrmals Ohnmachtsanfall mit Schreien. Sitz des Kopfschmerzes meist Hinterhaupt, zuweilen frontale oder temporale Gegend. Heftige Brechanfälle. Aug. 1890 war Geruch und Sehvermögen ganz verloren, im October zeigte sich links Schwerhörigkeit. Zugleich klagte Pat. über subjective Schmerzen beim Kauen, Schlucken und Sprechen. Zeitweilige Salivation und Gefühl von Taubheit in den Händen. Gereizte Stimmung, sonst Psyche normal. Leichte Unsicherheit beim Gehen, leichtes Schwindelgefühl. Vorübergehend waren die Oberlippe und die Zunge etwas geschwollen. Das Kniephänomen fehlte vorübergehend rechts (links natürlich immer). Ausser dem Hinterhaupte war die rechte Temporalgegend spontan und auf Druck schmerzhaft. An letzterer Stelle wurde am 19. Jan. 1891 die Trepanation gemacht, nichts Abnormes gefunden. Ein Einschnitt in's Gehirn zeigte nichts Abnormes. Während der Nachbehandlung bildete sich eine orangengrosse Hirnhernie, zugleich complete linksseitige Hemiplegie und Hemianästhesie. Der Patient klagte zwar nicht über den früheren Kopfschmerz, dagegen über Schmerzen in der Wunde. Gegen Mitte Februar wird Patient comatös; doch nachdem sich aus der Hirnwunde zuerst einige Hirnfragmente, dann am 14. Februar eine grosse Menge wässeriger Flüssigkeit entleert hatte, wurde er wieder freier. Tod am 9. März. Autopsie: Die Hirnhernie umfasste die unteren Theile der Centralwindungen und einige benachbarte Theile; die Oeffnung derselben communicirte mit dem Seitenventrikel. Im linken Kleinhirnlappen fand sich ein 3 cm langer und breiter, $1^1/_2$ cm hoher Tuberkel. „Die Operation war theilweise erfolgreich. Sie verkürzte unzweifelhaft das Leben des Patienten, gab ihm aber zeitweise Erleichterung vom Schmerze.“ Verf. will nächstens weitere Oeffnungen machen und den Seitenventrikel direct anstechen lassen. Strauscheid.

---

435) **L. v. Frankl-Hochwart**: Ueber den Verlust des musikalischen Ausdrucksvermögens.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde I. H. 3 u. 4.)

Verf. beobachtete zunächst einen Mann, welcher nach einem apoplectischen Insult eine rechtsseitige Hemiplegie, minimalstes Wortverständniss und fast völliges Fehlen des sprachlichen Ausdrucksvermögens zeigte. Bei

diesem Manne war auch das musikalische Ausdrucksvermögen auf ein Minimum beschränkt. Hierdurch angeregt untersuchte Verf. systematisch Cerebral-Erkrankte auf dieses Symptom und beobachtete, dass in allen Fällen, wo die Sprache verloren war, sich auch ein bedeutender Defect in den musikalischen Leistungen vorfand. Es folgen anregende Betrachtungen über das Verhältniss von musikalischem Ausdrucksvermögen zur Sprache.

Sommer (Würzburg).

436) **Leimbach**-Heidelberg: Ein symptomenlos verlaufener Fall von Kleinhirntumor (Tuberkelknoten im Oberwurm) mit Meningitis cerebrospinalis tuberculosa.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde I, 3 u. 4.)

Bei einem an Knochentuberculose leidenden 25jährigen Manne stellten sich Zeichen einer Meningitis cerebrospinalis ein. Ohne dass irgend welche im Gegensatz zu einer blossen Meningitis auf eine Erkrankung des Gross- und Kleinhirns deutende Symptome beobachtet wurden, fanden sich 3 tuberculöse Tumoren im Kleinhirn, von denen der erste anscheinend von der dura mater, der andere vermuthlich von der Pia, der dritte von der weissen Substanz des Oberwurms ausging. Eine Degeneration in den Kleinhirnbahnen war nicht vorhanden. Es folgt eine ergänzende Litteraturübersicht.

Sommer (Würzburg).

437) **Eisenlohr**, Beitrag zur Hirnlocalisation.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde I, H. 5 u. 6.)

Ein 67jähriger Mann zeigte, ohne dass bestimmte apoplectische Insulte zu ermitteln gewesen wären, doppelseitige Motilitätsstörungen der unteren Extremitäten mit mässigen spastischen Erscheinungen, speciell in der Oberschenkelmusculatur, geringe Paresen der meisten Muskelgruppen, speciell in den Armen. Verf. zieht besonders in Betracht eine doppelseitige Stimmbandlähmung ohne peripherische Ursache und eine starke psychisch-physiognomische Erregbarkeit des Facialisgebietes. Die Section und Microscopie ergab Zerstörung des hinteren Drittels beider Thalami optici, partielle Degenerationen in den hinteren Abschnitten beider inneren Kapselgebiete und einzelner im hinteren Abschnitt des Pyramidentheils der Brücke gelegener Partien. Verf. kommt zu dem Resultat, dass es ganz begrenzte intermediäre Fascikel zwischen Rinde und medulla oblongata sein müssen, deren Zerstörung phonische Lähmung bedingt, dass diese Bahnen unabhängig und gesondert von denen der Articulation und Deglutition verlaufen müssen und dass die respiratorische Thätigkeit des Kehlkopfes von ihnen unabhängig ist; 2. dass die nur theilweise Zerstörung der Thalami optici in diesem Falle als Irritament auf die Ausdrucksbewegungen der Facialisgebiete wirkte.

Sommer (Würzburg).

438) **Dinkler**: Zur Casuistik der multiplen Hirnnervenlähmung durch Geschwulstbildung an der Schädelbasis.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, Bd. I, 5 u. 6.)

Verf. sucht dem operativen Vorgehen an der Hirnbasis durch sorgfältigste Analyse der Nervenstörungen bei basalen Erkrankungen den Weg zu bahnen. Seine Analyse des beschriebenen Falles, in welchem ein Tumor

des Keilbeins vorlag, muss im einzelnen nachgelesen werden. Von ausschlaggebender Bedeutung sind nach D. folgende drei Momente: 1. das Verhalten der Trigemini, 2. das der Nervi optici und 3. die Reihenfolge, in welcher die einzelnen Symptome auftreten.

Sommer (Würzburg).

---

439) Dr. **C. Buzer**: Ein Fall von Akromegalie.
(Aerztl. Rundschau 1892, Nr. 40, 28. Sept.)

36jähriger Patient weiblichen Geschlechts. Bis zum 12. Jahre normale Entwicklung; dann begannen sich auf einmal allgemeine Mattigkeit und besonders ein Kräftenachlass in der linken Hand einzustellen, die mit dem 15. Jahr Krallenstellung einnahm und erst später, besonders in den letzten 2 Jahren, sich vergrösserte. Mit 25 Jahren trat der gleiche Process in der rechten Hand ein. Beide Hände sind stets kühl und neigen im Winter jedesmal zu Erfrierungsgeschwüren der Finger.

Bei der Aufnahme bot die etwas anämische, untermittelgrosse Kranke folgendes Bild: Schwerfälliger, watschelnder Gang. Sprache undeutlich, Stimme klanglos, öfters aussetzend und überschnappend. Gemüthsstimmung deprimirt; Gesichtszüge stupide. Kyphoscoliose der unteren Hals- und oberen Brustwirbelpartie. Beide Hände und Finger sind vergrössert (die letzteren von Bratwurstform) und weisen die Spuren frischer und abgelaufener Panaritien auf. Linke obere Extremität cyanotisch bis hinauf zur Mitte des Vorderarms und fühlt sich kühl an. Die Hand steht in Klauengriffform, Faustbildung ist hier unmöglich. Auf electrische Reizung zeigt der Vorderarm an der Vorderseite bis zur Mitte überhaupt keine Reaction. Weiter oben tritt dann eine Streckbewegung im Handgelenk ein, wobei also der N. radialis indirect gereizt wird. Bei Reizung der Pronatoren macht sich eine starke Pronationsbewegung geltend. Die vom N. ulnaris versorgten Muskeln reagiren überhaupt nicht. Die Parese soll bereits bestanden haben, ehe sich das Dickerwerden der Hand einstellte. Sensibilität ist an der Hand erhalten. — Oberkiefer ist schief verbildet, Unterkiefer leicht verdickt. Thyreoïdea atrophisch; Verdickung des Kehlkopfes besteht nicht. Keine retrosternale Dämpfung.

Die Unterextremitäten zeigen noch keine sichtbaren acromegalischen Veränderungen, jedoch lässt der unsichere schleppende, schwerfällige Gang darauf schliessen, dass auch in diesen sich ähnliche Processe entwickeln werden. — Der Inhalt der Schädelhöhle scheint gleichfalls noch nicht ergriffen zu sein; keine Kopfschmerzen, keine Sehstörungen keine Gesichtsfeldeinschränkung. — Menses normal. Urin zucker- und eiweissfrei. Digestionsorgane und Herz gesund. — Sehnenreflexe sind erhalten, desgleichen die cutane Sensibilität.

Dieser Casuistik schliesst der Verfasser einige Bemerkungen allgemeinen Inhalts über die Akromegalie an. Nach den Untersuchungen resp. dem Vorgange von Henrot, Klebs, Recklinghausen, Mosler u. A. hält auch er das Leiden für eine Störung des Nervensystems, wahrscheinlich für eine Trophoneurose. — Was ferner die Pathogenie betrifft, so stehen wir hier vor einem noch ungelösten Räthsel. So viel steht indessen fest, dass die nächste Ursache in einer vermehrten Blutzufuhr in den erweiterten Gefässen

zu suchen ist. Hereditäre Belastung mag wohl auch im Spiele sein. — Da die Natur des Leidens noch nicht genügend aufgeklärt ist, so kann von einer rationellen Therapie nicht die Rede sein. Man hat Massage, schwache faradische Ströme auf Rücken und Extremitäten und innerlich tonisirende Mittel angewendet, um auf die Gefässnerven zu wirken und hat damit in einzelnen Fällen wesentlich genützt. Die Krankheit ist nach der Annahme des Verfassers nicht so selten. „Es gehen viele Menschen mit den Anfängen — manchmal schon recht beträchtlichen Graden — der Akromegalie behaftet unter uns her, Menschen, die man bisher einfach eigenartig, unförmlich genannt, aber nicht beim rechten pathologischen Namen als akromegalisch aufgefasst hat.“ (? Ref.)

Buschan-Stettin.

---

440) **Alfred G. Baros**: A case of acromegaly.
(The Lancet. 26. März 92, pag. 683.)

---

441) **Appleyard**: A case of acromegaly.
(The Lancet, 2. April 92, pag. 747.)

Der erste Fall betrifft eine 28jährige Frau, bei der im 24. Jahre die A. mit Parästhesieen in den Händen begonnen hatte.

Der zweite Fall betrifft eine 42jährige Frau und ist wegen des Fehlens der Vergrösserung des Unterkiefers bemerkenswerth. Beides sind klinische Beschreibungen; ohne Section.

Wichmann.

---

442) **Brünauer** (Wien): Ein Fall von Macrosomia.
(Wiener med. Wochenschrift 92, Nr. 1.)

Dem Zustandekommen der Macrosomia liegt ein gesteigerter Bildungstrieb zu Grunde. Sie ist mithin schon in der embryonalen Anlage begründet. Die definitive Ausbildung kommt erst nach Beendigung des Foetallebens oder erst lange nach der Geburt zu Stande.

In dem hier vorliegenden Falle betraf der Riesenwuchs alle Gewebe gleichmässig. Das Kind wog bei der Geburt 4800 Gramm; zur Zeit der genaueren Beobachtung im 6. Lebensmonate 14,000 Gramm. Es war 71 cm lang, hatte einen Kopfumfang von 43 cm, einen Halsumfang von 28 cm. Die Maasse des Thorax waren über der Mammillarlinie 53 cm, über dem Processus xiphoideus 55 cm; der Unterleib hatte über dem Nabel einen Umfang von 5[illegible],5 cm. Der Umfang in der Mitte des Oberschenkels betrug 35 cm, über dem Unterschenkel 22 cm. Die Hautfarbe war eher blässer als normal; die Pulsfrequenz auf 100—110 vermindert. Er hatte bereits 12 Zähne im 6. Lebensmonat, nachdem der erste Zahndurchbruch im 3. Monat erfolgt war.

Die geistige Perception war nicht zurückgeblieben.

Ascher.

---

443) **A. Ernest Sansom**: On some painful affections following Influenza.
(The Lancet. 2. Jan. 1892.)

S. schliesst sich dem Standpunkt von Althaus an, welcher die Influenza als eine das Nervensystem in erster Linie afficirende Erkrankung auffasst und alle Krankheitssymptome von einer Affection des Nervensystems

herleitet. Doch weicht S. insofern von A. ab, als er nicht wie letzterer die Medulla oblongata mit ihren Kernen als den alleinigen oder Haupt-Angriffspunkt des Influenza-Toxines ansieht, sondern auch gewisse periphere Theile des Nervensystems, was zu Neuritiden führt. So lässt S. die visceralen Neuralgieen etc. entstehen. Zur Stütze seiner Ansicht führt er eine reiche Casuistik vor. Althaus habe eine Parallele zwischen dem Gift der Syphilis und jenem der Influenza gezogen. Beide seien einander dadurch ähnlich, dass sie in der Zeit nach überstandener Infection später secundär das Nervensystem mit Vorliebe in Mitleidenschaft ziehen. Auch diesem stimmt S. bei und um das zu zeigen, theilt er nur solche Fälle mit, in denen erst mehrere Wochen bis 20 Monate nach überstandener Influenza die secundären Nervenaffectionen auftraten.

Wichmann (Braunschweig).

---

444) Robert Barnes: Puerperal eclampsia.
(The Brit. medic. Journ. 7. Nov. 91.)

B, schliesst an einen Vortrag des Dr. Galabin in einer Versammlung der Brit. medic. Association zu Bournemouth an:

1. Galabin sagte: Nephritis und begleitende Albuminurie und Uraemie verursachen die eclamptischen Krämpfe. B. wendet dagegen ein, dass die Krämpfe plötzlich aufhören mit Beendigung der Gravidität, obgleich doch die Entzündung der Niere noch weiter besteht. Ferner werde nicht in allen tödtlich verlaufenden Fällen Nierenerkrankung gefunden.

2. Die Beziehung der Albuminurie zur Eclampsie erklärt B. folgendermassen: Während der erhöhten Gefässthätigkeit in der Gravidität befindet sich die Schleimhaut der Beckenorgane in hochgradiger Hyperaemie, welche man Congestion, aber nicht Entzündung nennen darf. In einem ähnlichen Congestionszustande befindet sich auch die Niere. Die Congestion der Niere führe zu Albuminurie. Es giebt auch Eclampsie ohne Albuminurie.

3. Die wahre Ursache der Eclampsie ist ein im Blut circulirendes unbekanntes Gift. Harnstoff und Harnsäure sind im Blute Eclamptischer gefunden. Diese bewirken den Anfall nicht. Die eigentliche schädliche Substanz, welche die Nieren ausscheiden müssten, ist noch unbekannt.

4. Mit der Annahme einer giftigen Substanz im Blut ist die Sache nicht erschöpft. Die während der Gravidität erhöhte Nerven- und Gefässthätigkeit spielt eine wichtige Rolle mit. B. ist der Ansicht, dass die erhöhte arterielle Spannung die unmittelbare Ursache der Functionsstörung der Niere ist. Die gesteigerte Nerven- und Gefässthätigkeit verursacht die Krämpfe und die Albuminurie. Die Veränderung der Blutzusammensetzung kommt als drittes Moment noch hinzu und es ist wahrscheinlich, dass die „zunehmende Toxaemie als unmittelbare Veranlassung der Explosion wirkt."

5. Für die Behandlung der Eclampsie giebt B. folgende Regeln: a) Die Hauptursache ist die Schwangerschaft. Wo man deutliche Albuminurie mit oder ohne Krämpfe bei einer Schwangeren findet, besteht die Indication, die Gravidität zu beenden; b) die hohe Gefässspannung wird am besten durch eine Venaesection beseitigt; c) die Nervenüberreizung bekämpft man durch Chloroform. Kein Eingriff, nicht einmal Touchiren, bevor nicht

chloroformirt ist! Im frühen Stadium der Albuminurie sind werthvoll: Salinische Mittel, Calomel, Podophyllin, im eclamptischen Stadium: in erster Linie Chloroform, in zweiter Chloral; auch Amylnitritinhalation wirkt gut. Pilocarpin ist unsicher. Antipyrin kann versucht werden.

Wichmann (Braunschweig.)

---

445) Prof. Dr. **Theodor Langhans** in Bern: Ueber Veränderungen in den peripherischen Nerven bei Kachexia thyreopriva des Menschen und Affen, sowie bei Cretinismus.

(Virchow's Archiv, Band 128, Heft 2 u. 3.)

Dem Verf. standen drei Fälle von Kachexia thyreopriva aus der Praxis des Prof. Kocher zu Gebote. Sie betrafen einen Mann, der im 45. Lebensjahre operirt ward und 4 Jahre später starb; ein Mädchen, das im 11. Lebensjahre operirt ward und 11 Jahre später starb und ein zweites Mädchen, das 19 Jahre alt operirt ward und 5 Jahre später starb. Die Section zeigte, dass in allen drei Fällen noch kleine veränderte Reste der Schilddrüse vorhanden waren. Die beiden weiblichen Individuen hatten sehr rgosse Ovarien, das ältere hatte eine kleincystische Degeneration derselben.

Ferner wurden mehrere Affen untersucht, die 4—6 Monate nach Entfernung der Schilddrüse unter den characteristischen Erscheinungen starben.

Die Untersuchung des Hirns und Rückenmarks ergab keine Resultate, wohl aber die der peripherischen Nerven. An den Nervenwurzeln konnte nichts abnormes constatirt werden.

Die gefundenen Veränderungen der Nerven betrafen:

1. Die Blutgefässe und die Capillaren, die sehr dickwandig befunden wurden. Letztere haben eine homogene oder concentrisch streifige, kernarme Adventitia von einer Dicke, welche den Durchmesser des Lumens erreichen und sogar übertreffen kann.

2. Die Lymphspalten sind erweitert, sowohl die unter dem Perineurium gelegenen als die des endoneuralen Bindegewebes.

3. In diesen Lymphspalten finden sich neben feinsten Quer- und Längsfasern eigenthümliche Zellen, für welche Verf. den Namen der ein- oder mehrkammerigen Blasenzellen vorschlägt und die er als umgewandelte, gleichsam als ödematöse Zellen des Endoneuriums auffasst.

4. An der Innenfläche des Perineurium treten herdförmige Erkrankungen auf; sie bestehen aus mehrfachen Lagen von glatten Bündeln von Fibrillen, welche längs verlaufen, und aus einer circumscripten Erweiterung der peripherischen Lymphspalte, welche Längs- und Querfasern, sowie Blasenzellen enthält und ferner eigenthümliche cylindrische oder lange spindelförmige, mehr solide Gebilde, die in der Peripherie aus lockeren, concentrisch streifig-faserigem Gewebe, in der Mitte aus einer homogenen kernarmen Substanz bestehen, die durch Degeneration des faserigen Gewebes entstanden ist; sie erreichen sehr verschiedene Längen, von 1—10 mm und mehr. Häufig finden sich diese soliden langen und schmalen Spindeln allein.

Gelegentlich kommen alle diese Veränderungen zusammen und auch vereinzelt vor. Am weitesten verbreitet ist die Verdickung der Gefässwände. Die erweiterten Lymphspalten mit Blasenzellen finden sich besonders deutlich an den kleinsten Bündeln innerhalb der Muskeln.

Ein Theil der Veränderungen fand sich auch beim Hunde (siehe Kopp, Virch. Arch., Bd. 128, Heft 2).

Die genaue Schilderung der Localisation und Histologie dieser Befunde an den Nerven muss im Original nachgelesen werden.

Von besonderem Interesse sind die herdförmigen Erkrankungen, die sich gruppenweise in mehreren Bündeln eines Nervenstammes in gleicher Höhe finden, während andere lange Strecken des Nerven vollständig frei sind. Verf. glaubt, mit Bestimmtheit sagen zu können, dass ihre ganze Bildung aus dem Endoneurium hervorgeht.

In den Hautnerven und im Sympathicus wurden die geschilderten Veränderungen erst nach langem Suchen gefunden. Im letzteren zeigen sie einige Besonderheiten.

Auch die Muskelknospen fand Verf. erkrankt; die Erkrankung beschränkt sich bei Mensch und Hund auf Erweiterung ihrer concentrisch faserigen Scheide.

Bei einem 24jährigen Kretin, dessen Hoden noch kindlichen Character hatten, fanden sich ganz ähnliche, aber weniger starke Veränderungen der Muskelnerven und Nervenstämme, wie bei Kachexia thyreopriva.

Von den endoneuralen Veränderungen sind die soliden, concentrischen Herde schon von anderen Autoren gesehen und beschrieben worden, so in einem Falle von multiplen Neuromen von Rump. Fr. Schulze fand sie bei Syringomyelie im Plexus brachialis und bezeichnete sie als obliterirte Gefässe. Andere Autoren fanden sie bei sehr verschiedenartigen Krankheiten.

Der Zusammenhang der nervösen Erkrankung mit der Schilddrüse, auf die die Arbeiten des Verf. hinwiesen, führten ihn zu Untersuchungen von gewöhnlichen Strumakranken und soweit die diesbezüglichen Beobachtungen bis jetzt gediehen sind, lässt sich sagen, dass auch bei gewöhnlicher Struma die gleichen Processe, wenn auch wesentlich nur die soliden Herderkrankungen vorkommen.

Verf. nimmt an, dass die beschriebenen („strumösen") Veränderungen und Struma in der Art zusammenhängen, dass es die letzten Ausläufer einer Degeneration in Folge des hypothetischen Kropfgiftes sind, deren höchste Grade sich im Cretinismus vereinigen.

In dem untersuchten Material fand sich niemals Mucin in vermehrter Menge, die Fälle hatten also mit Myxoedem nichts zu schaffen. In der ausgebildeten Kachexie spielt das Mucin keine Rolle, aber es ist möglich, dass dies in einem früheren Stadium der Fall ist. Dr. Feist.

---

446) **G. Vassale** (Reggio): Ulteriori esperienze intorno alla ghiandola tiroide. (Riv. sper. di freniatria 1892, Bd. 18, H. 1.)

Im weiteren Verfolg seiner Untersuchungen an Hunden, denen die Schilddrüse exstirpirt worden war, fand Verf., dass die intraperitoneale Einspritzung von Schilddrüsensaft langsamer wirksam ist als die intravenöse; durch Kochen wird die Wirkung des Saftes ganz oder zum grössten Theile aufgehoben, mit Glycerin vermischt bewahrt er seine Kraft wenigstens für einige Tage.

Die subcutane wie die intravenöse Einspritzung von Harnstoff erweist sich bei den o, erirten Hunden nützlich, ist aber keineswegs vergleichbar mit der Wirkung des Schilddrüsensaftes.

Auch das Hungern hat einen entschiedenen Einfluss auf den Verlauf der Cachexia thyreopriva, insofern alle Symptome nur sehr schwach zum Ausdruck kommen.

Verf. schliesst aus seinen Versuchen, dass heute nur noch die secretorische Theorie der Schilddrüsenfunction haltbar ist, wonach letztere darin besteht, dass eine Selbstvergiftung des Körpers verhindert wird dadurch, dass die giftigen Stoffwechselproducte entweder in leicht ausscheidbare Körper umgewandelt werden oder durch das Drüsensecret direct neutralisirt werden. **Strauscheid.**

---

447) **James R. Whitwell:** The nervous element in Myxoedema.
(The British medic. Journ. 27. Febr. 1892. pag. 430.)

W. zählt folgende Symptome bei Myxoedem auf, als vom Nervensystem herrührend:

1. Ausgesprochener Occipito-vertical-Kopfschmerz, der während der so häufigen psychischen Alteration besteht.
2. Deutliche Abnahme des Gedächtnisses.
3. Verlangsamung beim Denken, Percipiren, Antworten, Bewegen und Empfinden.
4. Verminderung des Coordinations-Vermögens.
5. Häufig bestehen gleichzeitig bestimmte Hallucinationen in einzelnen Sinnen, Delusionen, Melancholie etc.
6. Gewöhnlich kommen Krämpfe und Coma vor.
7. Aenderungen der Reflexerregbarkeit.
8. Gewöhnlich ist subnormale Temperatur und eine Schwierigkeit, sich der Umgebungstemperatur anzupassen, vorhanden.

Die beim Myxoedem vorkommenden Störungen der Psyche zerfallen in folgende 2 Klassen:

1. Fälle mit progressiver Somnolenz, mit Torpor, Schwäche und Dementia, die nicht selten in Krämpfe, Coma und Tod enden.
2. Fälle mit deutlichen Delusionen, die gewöhnlich aus Hallucinationen des Geruchs, Geschmacks, Gehörs und Gesichts hervorgehen; Melancholie häufig excitomotorischen Characters.

Der Gehirnbefund ist in Sectionsfällen von Myxoedem vielfach negativ gewesen; einigemal sind leichte Hämorrhagien beobachtet, anderemal allgemeines Oedem, Zunahme des Bindegewebes und Erweiterung und Verdickung der Blutgefässe und im Rückenmark hat man kleine Stellen mit hyalinem Gewebe und mit geringer Atrophie von Nervenfasern beobachtet.

W. hat die Section eines Falles von Myxoedem gemacht, die ausgesprochene psychische Symptome der 3. Klasse hatte. W. fand: Schädeldecke und Hirnhäute zeigten wenig oder keine Veränderungen. Gehirn etwas, aber nur sehr wenig ödematös; geringe diffuse Atrophie der Windungen, am meisten in den vorderen Gehirnregionen, so dass die Sulci etwas breiter waren. In microscopischen Präparaten aus dem oberen Theil der aufsteigenden Stirnwindungen fanden sich abnorme Zustände der Nervenzellen (Pyramidenzellen der 3. und 4. Schicht). Die Zellen färbten sich nicht gut mit Anilin. Die Zellgrenze ist etwas verschwommen, die Fort-

sätze sind kaum sichtbar, an Zahl vermindert; manchmal fehlen sie ganz. Der Zellkern statt deutlich und tief gefärbt, kugelig aufgeblasen und eigenhümlich verbildet; er enthält Vacuolen.

Aehnliche Zellveränderungen sind auch bei anderen mit psychischer Schwäche einhergehenden Gehirnaffectionen schon früher beschrieben: bei Epilepsie, bei Alcoholismus mit Dementia, bei progressiver Paralyse. W. meint, dass die geistige Störung bei Myxoedem auf dieser Zellveränderung beruht. Wichmann (Braunschweig).

---

448) Dr. **Pierre Marie**: Infections et Epilepsie.
(Semaine médicale 1892, Nr. 36.)

Der Autor behauptet — nach fünfjähriger Beschäftigung mit diesem Thema — dass in der Mehrzahl der Fälle die Epilepsie eine directe Folge der Einwirkung infectiöser Krankheiten auf den Organismus sei. Die Epilepsie ist keine Krankheit, sondern ein Syndrom, das sich unter Bedingungen einstellen kann, die einander ganz und gar nicht gleichen und bei den verschiedensten Krankheiten zum Vorschein kommen kann. Angesichts der Seltenheit der Fälle, wo epileptische Ascendenten auch epileptische Nachkommen erzeugen, sind die Anhänger der Lehre vom Einfluss der Erblichkeit gezwungen, zugleich zur „ererbten neuropathischen Constitution" und zum „Alcoholismus" zu greifen. — Dieses Syndrom stellt nach M. immer eine secundäre Affection vor. Er erinnert an die Läsionen, die Chaslin bei dem genannten Leiden fand, nämlich dass die Epileptiker im Kindesalter Hirn-Hemiplegien erlitten hatten (Porencephalie, Defecte, Sclerose einzelner Lappen etc.). Bei letzterer Krankheit zeigt sich die Epilepsie nach kurzer Zeit, selten nach 7—8 Jahren. Im Hirn der Kranken sind vor ihrem Tode granulöse Körper vorhanden, und ein ständig vorschreitender Process kann zahlreiche Folgen zeitigen (Epilepsie, Geistesstörungen etc.).

Mehrere Fälle von sogen. idiopathischer Epilepsie kann man diesem letztgenannten Typus anreihen. Oft genug haben die Kranken in ihrer Kindheit Convulsionen gehabt und zwar öfters in Folge fieberhafter Erkrankungen. Später litten sie an Vertigo und epileptischen Anfällen. In anderen Fällen wurden zwar keine Convulsionen in den Kinderjahren beobachtet, aber Erscheinungen von Seiten des Nervensystems (Vertigo z. B.), die im Verlaufe eines fieberhaften Ausschlags mehr oder minder schwer auftraten. In anderen Fällen endlich ist die Infectionskrankheit eine noch leichtere gewesen (fieberhafte Verdauungsstörungen, Diarrhöe, Bronchopulmonalaffectionen, Angina) und einige Male verschwand die Infectionskrankheit unter den Störungen des Allgemeinbefindens beim Zahnen und beim Wachsthum.

Dieselben Betrachtungen wendet er auf Fälle an, wo es sich um ein Befallenwerden Erwachsener nach Typhus, Variola etc. handelt. Die Eclampsie der Schwangeren gilt auch als „infectiöser Natur"; hier findet M. stets, dass Eclampsie eine Folge von Hirnläsionen, die auf Störungen der Gefässversorgung zurückzuführen sind, darstelle.

Immerhin gibt M. zu, dass die Epilepsie auch Folge einer Intoxication sein kann (Alcoholismus, Ergotismus). Er schliesst mit dem Satze, dass die Ursache der Epilepsie immer ausserhalb des Kranken

liege und ihn nach seiner Conception erst befallen hat. Was den practischen Gesichtspunkt anbelangt, führt die Theorie M.'s zu einer neuen Therapie des Leidens. Man hat die Bemerkung gemacht, dass die epileptischen Anfälle in Folge einer Erkrankung, die mit Fieber verbunden war, zumal einer Infectionskrankheit, geringer wurden und aufhörten. Die Epilepsie, die auf Grund fieberhafter Erkrankungen entsteht, wäre also durch andere Infectionskrankheiten zu beeinflussen, das heisst also, durch die Toxine dieser Krankheiten. Eine Infectionskrankheit aber den Epileptikern einzuimpfen, wäre eine unsichere und gefährliche Sache; jedenfalls wäre es richtiger, ihnen die Toxine dieser oder jener Microbenkultur zu injiciren. Diese Methode müsse versucht werden. Auf Grund der Erfahrungen Liebreich's bei der Lungentuberculose und deren Gueriaud's (Aufhören epileptischer Zufälle während der Anwendung von Vesicatorien) empfiehlt M. die Canthariden, das Kalium oder andere Substanzen von gleicher Wirkung wie die Toxine. Morel.

---

449) **Percy Smith:** Case of Cocainism.

(The journal of mental science. July 1892.)

Fall einer 39jährigen Dame, welche zwar früher Jahre lang Morphium und Opium genommen hat, zuletzt aber in Folge einer ärztlichen Verordnung allein Cocain nahm. In der ersten Stunde nach Einnahme des Mittels litt sie an Schwindel und Herzklopfen, konnte dann 4—5 Stunden besser wie früher arbeiten, dann aber wurde sie müde und unfähig, etwas zu thun. Trockenheit des Mundes, Durst, Appetitlosigkeit und nach starken Dosen Schlingbeschwerden. Hallucinationen des Gesichts und Gehörs von gleichgültigem Inhalte; keine Hallucinationen der anderen Sinne, keine Wahnideen. Aenderung des Characters, der Stimmung. Nach mehr als dreimonatlichem Aufenthalt in der Anstalt geheilt entlassen.

Strauscheid.

---

450) **Conolly Normann** (Dublin): A note on Cocainism.

(The journal of mental science. April 1892.)

Verf. bespricht kurz die ausserordentlich deletären Wirkungen, welche der chronische Cocainmissbrauch hervorbringt. Nicht nur ruft er frühzeitig geistigen Zusammenbruch sowohl in der moralischen wie intellectuellen Sphäre hervor, sondern schwächt auch den Körper ausserordentlich, so dass rasche Abmagerung eintritt. Von besonderen Symptomen werden hervorgehoben die heftige geschlechtliche Erregung, der Verlust des Sinnes für die Zeit und das frühzeitige Erscheinen von Hallucinationen sowohl des Gehörs als auch des Gesichts, welche letztere oft sehr denen beim Delirium tremens gleichen. Mit grossem Rechte warnt Verf. vor längerer Anwendung von Cocain auf die Schleimhäute z. B. der Nase, was durchaus geeignet ist, den Cocainismus hervorzurufen. Strauscheid.

---

451) **C. Fuerst:** Sulfonalvergiftung.

(Intern. klin. Rundschau 1891, p. 1873 ff.)

Als das unschädlichste aller Schlafmittel wird gegenwärtig das Sulfonal betrachtet, da es anscheinend weder auf die Herzthätigkeit noch auf die Verdauung von irgend welchem Einfluss ist. Indessen theilt Fuerst

mehrere Fälle mit, in denen, nach gar nicht übermässig lange fortgesetztem Gebrauch von Sulfonal in den gewöhnlichen Gaben von 2 gr. Intoxicationserscheinungen, ja in einzelnen Fällen sogar der Tod eintrat.

In allen beschriebenen Fällen ging der Intoxication hartnäckige Constipation und Verminderung der Urinsecretion voraus. Die Fälle, in denen der Sulfonalgebrauch fortgesetzt wurde, endeten tödtlich.

Die stets, in grösseren oder geringeren Mengen auftretenden Symptome waren: Muskelzuckungen, Uebelkeit und Erbrechen, Neigung zur Syncope und Benommenheit, Kälteschauer, trockene kalte Haut, paretische und atactische Erscheinungen in einigen Muskelgruppen, besonders der unteren Extremitäten, mühsame Bewegung der Zunge, Constipation und verminderte Urinsecretion, Exanthem (theils braune Flecken, theils kleine juckende papulae), Diplopie, Ohrensausen und Scotom. — Wenn der Sulfonalgebrauch bald eingestellt und der Darmcanal bei Zeiten geleert wurde, trat schnelle Besserung ein. Am längsten bestanden (bis zu mehreren Wochen) Muskelzuckungen und leichte Paresen. Kurella.

---

452) **Ernest C. Carter**: A case of myxoedema with insanity treated by injection with estract of thyroid gland.

(The Brit. med. Journ., 16. April 1892, pag. 805.)

Fall von Myxoedem bei einer 43jährigen Frau, die seit 4 Jahren sich in Folge von geistiger Störung im Spital befand. Die Psychose ist gekennzeichnet als Anfälle von Exaltation bei ihrem für gewöhnlich ruhigen Wesen, die sich durch Schreien, Gesticuliren, Verfolgungsideen und eingebildeten Beschwerden characterisiren. Daneben besteht das typische Bild des Myxoedems. Die Behandlung mit dem Extract der Thyroidea vom Schwein führt in 5 Monaten zu ganz bedeutender Besserung des Myxoedems, während der psychische Zustand unverändert bleibt, weil „das lange Bestehen der geistigen Störung es mehr als wahrscheinlich macht, dass irreparable Veränderungen in den Zellen der Hirnrinde Platz gegriffen haben". C. hat die Methode der Extractgewinnung nach Murray's Angaben abgeändert und verfuhr folgendermaassen: Von der vom Fett und Bindegewebe gereinigten Thyroidea wird ein pflaumengrosses Stück abgeschnitten und mit etwas Glas (z. B. von einem zerbrochenen Reagenzglas) in einen Mörser gebracht, mit $^1/_2$ Drachme Glycerin und 1—2 Tropfen einer $5^0/_0$igen Carbollösung übergossen und das Ganze zu einer Mischung zerrieben. Diese Mischung wird 24 Stunden in einem Reagenzglase kühlgestellt; das klare, tief rothe Extract wird abgeseiht und durch sterilisirtes Leinen filtrirt, um das Extract von den Glasstückchen zu reinigen. Jede Woche wird dasselbe frisch hergestellt. R. Wichmann.

---

453) **Thomas Harris** und **G. A. Whright**: Myxoedema treated by Thyroid grafting.

(The Lancet. 9. April 1892. pag. 798.)

Einer 48jährigen an Myxoedem leidenden Frau wird eine Thyroidea eines kleinen Affen in 2 Portionen subcutan in der Gegend des unteren Pectoralisansatzes eingepflanzt. Keine Heilung. Unter den im Krankenhaus

günstigeren hygienischen Verhältnissen trat nur geringe Besserung ein. Die Verfasser sagen, die Affenthyroidea sei ausserordentlich klein gewesen und liess sich später nicht mehr fühlen. „Aus dem Fall können keine Schlüsse gezogen werden". R. Wichmann.

---

454) Dr. **de Boeck**: Un cas de myxoedème avec troubles psychiques traité par les injections de suc thyroid.

(Journal des sciences médic. de Bruxelles 1892.)

Die Erfahrung B.'s enthält einen hohen Grad der Wahrscheinlichkeit, wenn nicht gar einen strikten Beweis für die Theorie von Hosse und Eodard. Es handelt sich um eine Frau von 24 Jahren, welche seit ungefähr 10 Jahren an Myxoedem litt. (Die Genitalien sind noch unentwickelt und sie war noch nie menstruirt.) Die Krankheit war durch seelische Symptome complicirt (Schlaflosigkeit, Angstgefühle, Unfähigkeit zu jeder geistigen Arbeit, Stummheit und zuletzt Demenz).

B. machte vom 3. Januar bis 10. Mai 28 Schilddrüsensafteinspritzungen mit einer kürzesten Frist von 3 zu 3 Tagen. Von der dritten Einspritzung ab beobachtete er eine beträchtliche Härte der Gewebe. Verschwind des Oedems, einen Körpergewichtsverlust von 9 Kilogramm. Der Gesichtsausdruck wurde intelligenter, die Haut wie bei normalem Zustande vascularisirt, das Gefühlsleben wachte etwas mehr auf, sie begriff den Zweck dieser Behandlung, ist nicht mehr ärgerlich. Immerhin bleibt die Intelligenz getrübt.

Es scheint demnach, dass das Myxoedem einen tiefen Einfluss auch noch auf andere Organe als die Haut ausübt. Die Störungen des Nervensystems nach Abtragung der Schilddrüse beim Hunde (Langhans, Kopp) beweisen den schliesslichen Verfall des Nervensystems. Der Autor bedauert, dass ein unvorhergesehener Umstand ihm die Fortsetzung seiner Versuche unmöglich machte. Morel.

---

455) **John Macpherson**: Notes on a case of Myxoedem treated by thyroid grafting.

(Edinburgh med. Journal May 1892.)

Bei einer Frau von 39 Jahren, die die sicheren Symptome des Myxoedem darbot, implantirte der Verf. einen Lappen der Schilddrüse eines Schafes in folgender Weise: Der Lappen wurde durch einen Querschnitt in zwei Theile getheilt und jeder dieser Theile der Länge nach gespalten. Es wurde dann an jeder Brustseite der Frau je eine grosse Incision gemacht und die Schilddrüsenstücke so implantirt, dass die Schnittfläche der Drüse mit der frischen Wundfläche in Berührung kam. Die Wundbehandlung war die gewöhnliche. Die Wunde heilte aber nicht per primam, sondern es entstand eine bedeutende Eiterung. Trotzdem war innerhalb 12 Stunden eine merkliche Besserung des geistigen Verhaltens der Pat. zu constatiren. Während sie früher apathisch war, wurde sie jetzt gesprächig und freundlich. Nach Verlauf von einiger Zeit hob sich die bisher subnormale Temperatur. Der Kopfschmerz hörte auf, die Haut wurde weich. Verf. behauptet nicht, dass das Myxoedem durch die Operation gänzlich geheilt sei, aber er glaubt, dass unter günstigsn Bedingungen die Besserung anhalten kann. Diese sind: Aufenthalt in einem warmen Klima, reichliche Ernährung,

körperliche und geistige Schonung und Massage der Schilddrüse. Den Heilungsvorgang lässt Verf. dadurch zu Stande kommen, dass die der eingepflanzten Drüse specifische Secretionsflüssigkeit von dem Körper der Kranken ab. orbirt worden ist. Bielschowsky.

---

456) **Babes**: Ueber die Behandlung der gemeinen Epilepsie und Neurasthenie mittels subcutaner Injection von normaler Nervensubstanz.

(Deutsche med. Wochenschr. 1892, Nr. 30.)

B. hat in einer grossen Reihe von Fällen Neurasthenie, Melancholie, Tabes und Epilepsie durch Injection grösserer Mengen Gehirn- und Rückenmarksubstanz (tgl. 1 gr. in 5 gr. Bouillon) behandelt und dabei unzweifelhaft überraschende Erfolge erzielt. B. bereitet die Injectionsflüssigkeit in der Weise, indem er das sorgfältig steril gehaltene Gehirn resp. Rückenmark von Kaninchen und Schafen durch mehrere Thonlagen presst und mit fünf Theilen Bouillon hieraus eine Emulsion bereitet. Die Injectionen sind so lange absolut schmerzlos, als die Injectionsflüssigkeit steril bleibt. Die Neurastheniker bekamen gewöhnlich 4—5 Injectionen wöchentlich, die Epileptiker 5—6 Injectionen und zwar je 4—5 gr. der Emulsion. Die Einstichstelle war die Bauch- und Flankengegend. B. macht darauf aufmerksam, dass Constantin Paul nur auf seine Veranlassung das von ihm (Babes) erfundene Verfahren klinisch geprüft habe und dass die von jenem angewandte Methode sich im Wesentlichen mit der seinen decke. Er hält es einstweilen für müssig, eine Theorie über die Wirkung seiner Emulsion aufzustellen, jedenfalls sei sie nicht mit Brown-Séquard's Injectionen von Hodenextract identisch. Die Erfolge Pasteur's bei Nervenkrankheiten mit der Hundswuthimpfung seien auf die dabei angewandte Nervensubstanz zurückzuführen. Peltesohn.

---

457) Prof. **M. Benedikt**: Ueber die operative Behandlung der idiopathischen Epilepsie. Vortrag, gehalten im Hörsaale des Professors v. Mosetig am 4. Juli 1892.

(Wiener medinische Presse 1992, Nr. 28.)

Bei der idiopathischen Epilepsie gehen in den meisten Fällen die Krämpfe von einem ganz umschriebenen Gebiete aus; bei vielen Anfällen bleiben sie auf dieses kleine Gebiet beschränkt, oft breiten sie sich von dieser Stelle aus und werden allgemein. Die idiopathische Epilepsie kann hiernach eine ganz umschriebene Krankheit sein: die den Anfall einleitenden Zuckungen bilden das constante Element, alles Uebrige ist Irradiation, ganz ähnlich wie bei der Jackson'schen Epilepsie. — Diese Betrachtungen veranlassten Benedikt, der operativen Behandlung der idiopathischen Epilepsie näher zu treten. Er ging hierbei von dem für ihn feststehenden Grundsatze aus, dass es in der Gehirnrinde ein motorisches Centrum in dem Sinne, dass durch dessen Ausschaltung eine Lähmung hervorgerufen würde, nicht giebt, sondern dass die Convulsionen das einzige motorische Symptom sind. Somit kann die Ausschaltung eines solchen Rindencentrums wohl Convulsionen verhindern, aber nicht eine Lähmung erzeugen. Die Lähmungen, welche beim Experiment entstehen, sind als Schockwirkungen in Folge der Operation auf

tiefer gelegenen Centren aufzufasse. In gleicher Weise sind nach der Operation etwa eintretende Convulsionen als Schokwirkung, die indessen bald zurückgehen kann, nicht als Recidive der Epilepsie zu deuten.

Bisher hat Benedikt 4 Fälle in dem angeführten Sinne operirt; ein definitives Urtheil über den Erfolg gesteht sich derselbe zur Zeit noch nicht zu.

Hinsichtlich der Technik ist hervorzuheben, dass es von grosser Wichtigkeit ist, möglichst kleine Wunden mit Erhaltung des Periosts und genauer Vereinigung der Lappen der Dura mater zu setzen. Ausserdem soll der Schädel stets nur mit einer Trepankrone eröffnet werden; diese soll Sicherheit dafür bieten, dass wir uns über dem betreffenden Centrum befinden. Wenn zwei Centren aufzusuchen und somit zwei Lücken nothwendig sind, so soll stets eine Knochenbrücke erhalten werden. — In verschiedenen Fällen bietet die Localisation der Centren Schwierigkeiten. Dies gilt für jene Fälle, welche mit Torticollis oder mit Schlingkrämpfen, mit halbseitigen oder doppelseitigen Kaukrämpfen beginnen. Nach Benedikt's bisherigen Erfahrungen giebt es zwei Centren, welche Torticollis und conjugirte Augenbewegung erzeugen. Das eine bewirkt Bewegung nach der entgegengesetzten Seite und entspricht dem Centrum von Ferrier beim Affen. Ein zweites bedingt Drehung nach der gereizten Seite und liegt hinter dem Centrum der Extremitäten, in der Höhe zwischen Arm- und Beincentrum. Weiteren Forschungen bleibt es vorbehalten, mehr Licht in die Angelegenheit zu bringen.

Im Anschluss an diese Erörterungen demonstrirt Benedikt zwei Fälle. Der eine betrifft einen jungen Mann, der 8 Tage nach der Operation eine leichte Parese des rechten Facialis und der rechten Extremitäten — er hatte an alle 8—10 Tage eintretenden Anfällen gelitten, die stets mit Zuckungen in der oberen und unteren rechten Extremität begannen — zeigte, die indessen bald wieder zurückging, dann aber die Geschicklichkeit zu schreiben (motorisches Talent, schön zu schreiben) verlor. — Der zweite Fall betrifft einen schweren Epileptiker, bei dem die Anfälle nach der Operation nicht ausgeblieben, sondern nur seltener geworden sind, indessen ihren Character geändert haben. In beiden Fällen ist Benedikt der Ansicht, dass die geschilderten Erscheinungen als Schokwirkungen aufzufassen sind. Im ersten Falle konnte er das Wegbleiben derselben bereits constatiren, im zweiten hofft er ein gleiches, wenn die Wunde geheilt sein wird.

Buschan-Stettin.

---

458) **E. Belmondo:** Sull'azione sedativa ed ipnotica della Duboisina nelle malattie mentali.

(Riv. sper. di freniatria 1892, Bd. 18, H. 1.)

Auf Grund einer grösseren Anzahl von Untersuchungen kommt B. zu dem Schlusse, dass das Duboisinum sulfuricum in Dosen von $^1/_2$—$1^1/_2$ Milligramm ein vorzügliches Sedativum und Hypnoticum ist und in der Behandlung von Aufregungszuständen dem Hyoscin und Hyoscyamin weit vorzuziehen ist; zugleich beobachtete er, dass das Mittel einen ausgezeichneten Einfluss auf die Ordnung der Gedanken, die Wiederherstellung der Intelligenz während der Dauer seiner Wirkung hat.

Strauscheid.

---

459) **T. Churton**; The use of exalgine in graves disease and the poisonous dose of exalgine.

(The Lancet. 28. Mai 92.)

Eine 23jährige Frau mit Morbus Basedowii, hochgradigem Exophthalmus, Congestion beider Conjunctivae, Ulceration der linken Cornea, heftigen Schmerzen hat alle Mittel vergeblich genommen und erhält Exalgin. Am folgenden Tag ist sie schmerzfrei und die Congestion der Conjunctivae ist völlig geschwunden. Die Augen waren nicht mehr geröthet, sondern weiss. Dieses Resultat wiederholt sich stets, wenn Exalgin gegeben wurde, aber bei keinem anderen Mittel. Wurde das Exalgin ausgesetzt, so rötheten sich die Augen und wurden schmerzhaft. Das Exalgin wirkte am besten, wenn es mehrfach in kleinen Dosen gegeben wurde: 3mal viertelstündlich 0,03. In Folge eines Schreibfehlers nahm später der Kranke eine Arznei, welche in 10 Unzen 80 Gran Exalgin enthielt; es traten Vergiftungserscheinungen (Puls 144, Respiration 32) auf. Tags darauf fühlt sie sich besser; der Exophthalmus war geringer, so dass die Corneae von den Augenlidern bedeckt werden konnten. Wichmann.

---

460) **H. Löwenthal**: Behandlung der Chorea St. Vitii mit Exalgin. — (Aus der med. Universitäts-Poliklinik zu Berlin.)

(Berl. klin. Wochenschr. 1892, Nr. 5.)

35 Patienten, die an Chorea litten, im Alter von 3—18 Jahren, wurden mit Exalgin behandelt. Die Dosis betrug 0,2 3mal täglich, in wenigen Fällen 5mal täglich 0,2 (in warmem Zuckerwasser). In den Fällen, wo die Kranken bald nach Ausbruch der Krankheit in Behandlung kamen, trat schnell Heilung ein (bei 2 Knaben in 8 Tagen). Nach längerer Dauer der Krankheit betrug die Behandlungsdauer 5—6 Wochen resp. länger.

Besserung wurde bei einzelnen Patienten schon nach 12 Pulvern à 0,2 beobachtet, bei den meisten jedoch erst nach dem 25. oder 30. Pulver. Bei heftigen Erscheinungen vesrchlimmerte sich das Leiden trotz der Behandlung in den ersten 14 Tagen, um dann langsam, aber stetig sich zu bessern. Besonders bei psychischen Erregungen (Aengstlichkeit, Weinen, sonderbares Benehmen, erschwerte Sprache) zeigte sich eine schnelle Wirkung. Speichelfluss, Kribbeln, Gelenkschmerz hörten schnell auf.

Von unangenehmen Nebenwirkungen wurden Ohrensausen, Gefühl von Trunkenheit und Berauschtheit, Schwindel, Flimmern vor den Augen, Uebelkeit, Erbrechen, Kopfschmerzen, Cyanose der Lippen und Icterus (3mal) beobachtet. Directe Vergiftungserscheinungen hat L. bei seinem Regime, nach welchem er bei jeder Nebenwirkung, die auftrat, die Mittel sofort aussetzte, nicht gesehen. Nach dem Aussetzen schwanden die Nebenwirkungen schnell und zeigten sich später bei Wiedergebrauch nicht mehr.

Hoppe (Allenberg).

---

461) **A. Schäfer**: Ueber die therapeutische Verwendung des Trionals und Tetronal's. (Aus der psychiatrischen Klinik Jena.)

(Berl. klin. Wochenschrift 1892, Nr. 29.)

Von beiden Mitteln wurden je 500 gr. in 630 Einzeldosen verbraucht. Trional wurde bei 77, Tetronal bei 49 und beide neben einander bei 42 Kranken verwendet. Die Mittel wurden in heisser Milch verrührt und trotz

des bitteren Geschmackes, der durch einen nachgetrunkenen Schluck Wein leicht vertrieben wurde, ohne Anstand genommen. In angewärmtem Rothwein, in welchem sich die Mittel ebenfalls gut lösen, trat der bittere Geschmack weniger hervor; um die Resorption zu beschleunigen, liess dann S. heisse Milch nachtrinken.

Die Einzeldosis schwankte zwischen 0,5 und 4,0 gr., die grösste Tagesdosis betrug 8,0 gr. Meist wurde, um Nachtschlaf zu erzielen, eine einmalige Abenddosis von 1,0 resp. 2,0 gegeben. Zur Beruhigung erregter Kranker wurden die Mittel zu 1 – 3 gr. in 4 – 8stündigen Zwischenräumen verabreicht.

S. fasst die Ergebnisse der von ihm angestellten Versuche in folgenden Sätzen zusammen:

1. Trional und Tetronal sind 2 Mittel mit ausgesprochener hypnotischer und zugleich beruhigender Wirkung. Die beruhigende Eigenschaft kommt in etwas höherem Maasse dem Tetronal zu. Der Eintritt der Wirkung erfolgt schon nach 10—20 Minuten.

2. Trional ist als sicheres und prompt wirkendes Hypnoticum bei Schlaflosigkeit, in den verschiedenen Formen der Neurasthenie, der functionellen Psychosen und organischen Hirnleiden indicirt. Gänzlich versagt hat es nur in Fällen, wo Morfio-Cocain-Abusus stattgehabt hatte und wo körperliche Schmerzen in den Vordergrund traten.

3. Tetronal ist indicirt als Schlafmittel bei den Psychosen, wo motorische Unruhe mässigen Grades den Nachtschlaf nicht eintreten lässt.

4. Nicht empfehlenswerth sind beide als Beruhigungsmittel bei den höheren Graden psychischer Erregung mit heftigem Bewegungsdrang.

5. Die wirksame Dosis liegt bei 1,0 – 2,0 gr. Einmalige Dosen von 3,0 und 4,0, Tagesdosen von 6,0—8,0 können ohne Bedenken gegeben werden.

6. Die Darreichung erfolgt am besten direct vor dem Schlafengehen. Das Mittel ist in Milch oder Wein gelöst zu verabfolgen.

7. Schädliche Einwirkungen auf Körperorgane ausser auf den Magen- und Darmkanal in geringer Intensität wurden nicht constatirt.

8. Nebenerscheinungen, die das subjective Wohlbefinden des Kranken beeinträchtigen, kamen bei einer verhältnissmässig geringen Zahl von Verabreichungen zur Beobachtung.

9. Auch nach längerer Darreichung traten bei Weglassung des Mittels keine auffälligen Symptome hervor; ebenso scheint eine Gewöhnung an dieselben ausgeschlossen zu sein. Hoppe (Allenberg).

---

462) **G. Ekehorn** (Stockholm): Nagra fall af hjernskada och hjerntumörbehandlade a Serafimerlasarettets kirurgiska afdelning. (Fälle von Hirnverletzungen und Hirntumor, behandelt in der chirurgischen Abtheilung des Serafimerlazareths.)

(Hygiea 1891, S. 429 u. 481).

Verf. theilt 12 Krankengeschichten und daran geknüpfte Bemerkungen mit, über deren Einzelheiten auf das Original hingewiesen werden muss.

Es sind zwei Fälle von Compressio cerebri in Folge von Blutungen, welche operirt und geheilt wurden, 2 Fälle von Depression und uncomplicirter Fractur des Craniums, die eine operirt, die andere expectativ behandelt,

beide geheilt. E. spricht die Meinung aus, dass die Trepanation nicht in allen solchen Fällen ohne weiteres indiciert ist (Horsley). Ein Fall von Fractura baseos cranii, Expectation, Heilung; ein Fall von complicierter Fractur mit Depression des Craniums und Hirn-Contusion, Expectation, Heilung (Operation also nicht immer nothwendig indicirt). Ein Fall von complicierter Fractur mit contusio cerebri, Operation, Heilung. Ferner 3 Fälle von Hirntumor, welche operirt wurden ohne wesentliche Besserung, 1 Fall von traumatischer Epilepsie, Trepanation, keine dauernde Besserung, Anfälle nach der Operation, und endlich 1 Fall von Contusio cranii mit heftigen Kopfschmerzen und Doppeltsehen; Operation mit der Folge, dass die Doppelbilder verschwanden, die Schmerzen etwas gebessert wurden.

Koch (Kopenhagen).

---

463) **E. Hitzig:** Ein Beitrag zur Hirnchirurgie. (Klinischer Vortrag.)
(Berl. klin. Wochenschr. 1892, Nr. 29.)

Bei einem 29jährigen Manne, welcher einen Schlag mit einer Stockkrücke auf die rechte Stirnhälfte bekommen hatte, traten nach einem Schrecken, April 1891, heftige Kopfschmerzen an dieser Stelle auf, welche seitdem mit wechselnder Intensität anhielten.

October 1891 bekam er plötzlich einen Anfall, bei welchem die Cigarre der linken Hand entfiel und der Mund sich nach der rechten Seite verzog. Nach dem Anfall blieb eine geringe lähmungsartige Schwäche des linken Armes zurück, die sich allmählig besserte; Sprechen und Schlucken waren gleichfalls in geringem Maasse erschwert. Die Anfälle wiederholten sich später noch 4 oder 5mal. Vier Wochen nach dem ersten Anfalle bemerkte er, dass er auf dem rechten Auge weniger gut sehen konnte. Die Sehstörung nahm allmählig zu und erstreckte sich weiterhin auch auf das linke Auge. Erbrechen war nie aufgetreten, dagegen litt er zeitweise an Schwindel.

Bei seiner Aufnahme am 21. April 1892 wurde ausser einer gewissen Demenz (Gedächtnissschwäche) eine Reihe von Lähmungserscheinungen constatirt. Am meisten betroffen war der linke Facialis (Gesicht stark nach rechts verzogen, das linke Auge wurde schwächer geschlossen als das rechte), die linksseitige Nacken-Halsmuskulatur (Kopf stark nach vorn und leicht schief nach links geneigt), etwas weniger der linke Arm (grobe Kraft herabgesetzt, Bewegungen langsamer), am wenigsten das linke Bein, die Zunge wich etwas nach links ab. Die Patellarreflexe waren beiderseits gesteigert, aber links stärker; links war Fussclonus und Steigerung der Hautreflexe zu constatieren. Die Pupillen reagirten etwas träge. Daneben ausgesprochene Stauungspapille und hochgradige concentrische Einengung des Gesichtsfeldes, besonders rechts. — Nach einigen Tagen wurde in der rechten Schläfengegend eine teigige Anschwellung bemerkt und ein erheblicher Druckschmerz an dieser Stelle constatirt, während schon früher über Schmerzhaftigkeit des Kopfes bei Bewegungen und Beklopfen geklagt worden war.

Am 1. Mai wurde in der Klinik ein Anfall beobachtet, bei welchem Erstarrungsempfindungen, momentane stärkere Lähmung des linken Armes und Zuckungen in der linken Gesichtshälfte auftraten. — Die Diagnose

wurde, da ein Hirnabscess ausgeschlossen werden konnte, auf einen Tumor im rechten Stirnlappen gestellt, welcher, indem er sich allmählig vergrösserte, zu Allgemeinerscheinungen führte und die ihm benachbarten Centren der vorderen Centralwindung (für den Facialis und den Arm) in Mitleidenschaft zog. Die schmerzhafte Anschwellung an einer Stelle, welche ziemlich genau dem aufsteigenden Aste der Fossa-Sylvii entsprach, deutete auf den hintersten Theil des Stirnlappens.

Diese Stelle wurde zum Ausgangspunkt der Trepanation gemacht, welche von Bramann vorgenommen wurde. Da auf einen ziemlich grossen Tumor gerechnet werden musste, so wurde zunächst ein Stück von 8 cm im Quadrat herausgemeisselt, welches sich aber zu klein erwies und bis auf 11 cm in frontaler und 8 cm in sagittaler Richtung erweitert werden musste. Der Knochen zeigte eine hochgradige Hyperostose (1 cm dick) und war stellenweise blauroth gefärbt. Die Geschwulst, welche im Ganzen herausgeschält werden konnte und sich als ein gemischtes Sarcom erwies, war 280 Gramm schwer, hatte also beinahe das Gewicht einer halben Hemisphäre. —

Im Anschluss daran theilt H. einen ähnlichen Fall mit, wo in Folge einer Kopfverletzung ein Hirnsarcom sich entwickelt hatte. Ungefähr $1^1/_2$ Jahre nach einem Schlage auf die rechte Kopfseite fingen die Erscheinungen mit einer plötzlich auftretenden lähmungsartigen Schwäche an der linken Hand an. Zuerst war der Zeigefinger befallen, dann Daumen und Mittelfinger; daran schlossen sich typische linksseitige Anfälle von Jackson'scher Epilepsie. Dieselben begannen in den Fingerbeugern der linken Hand, gingen schnell auf die Muskulatur des Oberarms, der Schulter und der linken Gesichtshälfte über, waren nicht mit Bewusstseinsverlust, Erbrechen, Kopfschmerzen, Sehstörungen verbunden. Nach den Anfällen fast vollständige Lähmung erst der Hand, dann der ganzen oberen Extremität, Parese des Facialis, der unteren Extremität und Heiserkeit der Sprache. — Bei der Aufnahme in die Klinik (3 Wochen nach Beginn der Erscheinungen) Lähmung des linken Armes, leichte Parese des linken Beines, mässige Parese des linken Facialis und des linken Stimmbandes; Zunge weicht deutlich nach links ab, Sehnenreflexe beiderseits gesteigert (links stärker), linksseitiger Fussclonus. Im weiteren Verlaufe wurden noch zwei Krampfanfälle beobachtet, dann traten Kopfschmerzen über dem rechten Auge (bis zur Sagittalnaht), Sehstörungen und nach einem dritten Anfalle, während die Parese im linken Bein zunahm, beiderseitige Stauungspapille auf. Diese gab die Indication zur Trepanation, welche gleichfalls von Bramann ausgeführt wurde und als Ausgangspunkt die Stelle des Centrums für die Fingerbewegungen nahm. In 3 Sitzungen wurden jedesmal grosse Geschwulstmassen entfernt. (December 1891.) Beide Kranke waren am 8. Juli 1892 noch am Leben. Hoppe (Allenberg).

---

464) **Preugrueber**: Das vorläufige Resultat einer Craniectomie. (Referirt in Nr. 13, 1892, der Hospitals-Tidende.)

(Gaz. d. hôpit., 28. Januar 1892.)

Patient ist ein 9jähriger Knabe, microcephal; bis zu $1^1/_2$ Jahren scheint er sich normal entwickelt zu haben, von da an blieb er in allem zurück. Er lernte erst mit 3 Jahren gehen, war unreinlich, lernte weder

sprechen noch lesen und seine Bewegungen blieben immer die eines 3jährigen Kindes. Das Aussehen des Knaben war stumpfsinnig, seine Unterlippe hing herab, die Zunge hing aus dem Munde heraus und aus den Mundwinkeln floss beständig Speichel. Der Schädel war in verticaler Richtung verlängert, die sutura coronaria sprang stark hervor. Die linke Schädelhälfte bedeutend schwächer entwickelt, als die rechte. Das Gedächtniss des Knaben war relativ gut, er hatte ein freundliches Wesen und liebte Musik. Bei der Operation wurde entlang der sutura sagittalis, ungefähr 3 cm von ihr entfernt, ein nach abwärts zu concaver Spalt gemacht, der 2 cm breit und 11 cm lang war. Der Schädel, sonst von normaler Stärke, war an der sutura coronaria stark verdickt, auch durch einen inneren, auf die Hirnsubstanz drückenden Wulst. Ueberhaupt war das ganze Hirn stark comprimirt, wie aus dem starken Hervordrängen der Dura in den Spalt herein hervorging. Verf. entfernte so viel wie möglich von der knochigen Prominenz. Sofort nach der Operation, deren Verlauf ein sehr befriedigender war, konnte man die günstigen Erfolge derselben constatiren. Der ganze Habitus des Kindes wurde ein normalerer, die Sprache wurde deutlicher, die Urtheilskraft schien gebessert. Schon einen Tag nach der Operation wischte sich das Kind den Speichel, der übrigens in viel geringerem Grade ausfloss, wie früher, selbst vom Munde ab und säuberte sich selbst die Nase, was früher nie geschehen war. Auch in den Bewegungen war ein Fortschritt wahrzunehmen, indem er das ihm gereichte Spielzeug nicht gleichgültig fallen liess, sondern sehr bald auf einer kleinen Trompete blasen und mit einer kleinen Kanone schiessen lernte. Ebenso wurde das Kind bedentend reinlicher, Bettnässen kam kaum noch vor.

Die Besserung schreibt der Verf. mit Sicherheit der durch die Operation erreichten Aufhebung der starken, localen, sowie allgemeinen Hirncompression zu. Kurella.

465) **William Rose**: On the surgical Treatment of Trigeminal Neuralgia. (The Lancet. Januar und Februar 1892.)

Nachdem R. in den beiden vorhergehenden Aufsätzen die Geschichte und gradweise Entwicklung der chirurgischen Behandlung der Trigeminus Neuralgie behandelt hat, bespricht er in dem 3. Aufsatz in der Nummer vom 6. Februar 92 das Ganglion Gasseri und seine chirurgische Entfernung, was hauptsächlich für den Operateur Interesse hat. Die Wiederkehr der Schmerzanfälle bei Trigeminus Neuralgie, welche nach der Nervendehnung und Neurectomie die Regel bildet, hatte dazu Veranlassung gegeben, die Entfernung des Ganglion Gasseri zu versuchen. Die Operation war von V. Horsley, Krönlein u. A. gemacht. Rose hat das Verfahren modificirt. Er bahnt sich den Zugang zu der Schädelbasis durch temporäre Resection des Arcus zygomaticus und des Process. coronoid. des Unterkiefers und trepanirt von der Basis des Schädels neben dem foramen ovale. Durch diese Trepanationsöffnung entfernt er das Ganglion unter Schonung seiner oberen und vorderen Partien, wo wahrscheinlich die trophischen Centren für das entsprechende Auge liegen. Die Resultate der 7 mitgetheilten operirten Fälle — darunter 5 von Rose, 2 von Andrewes in Chicago — sind, soweit die nach der Operation verflossene kurze Zeit zu beurtheilen gestattet, günstig.

Im ersten Falle büsste der Kranke das Auge in Folge nachträglicher trophischer Erkrankung ein. Dies wurde in allen anderen Fällen durch die sorgfältigste Asepsis des Auges, die sich auch auf den Thränensack erstrecken muss, vor und nach der Operation vermieden. Die Neuralgie hörte in jedem Fall durch die Operation auf. (Es ist dem Ref. aufgefallen, dass in keinem der operirten Fälle der centralen Galvanisation Erwähnung gethan ist, die in jedem Fall, bevor operirt wird, versucht werden sollte.

Wichmann (Braunschweig).

---

466 a) **Dreesmann**: Die chirurgische Behandlung des Morbus Basedowii.
(Deutsche med. Wochenschrift 1892, Nr. 5.)

Auf Grund der von Möbius ausgesprochenen Ansicht, dass die veränderte Thätigkeit der Schilddrüse wohl die Ursache der Basedow'schen Krankheit sei, ist in den letzten Jahren oftmals der Versuch gemacht worden, durch Verkleinerung der Struma die genannte Krankheit zu bekämpfen. Verf. führt eine grosse Anzahl auf diese Weise geheilter Fälle an und berichtet genauer über zwei selbst beobachtete Fälle aus dem Bonner Johannishospital, welche ebenfalls geheilt wurden. Verf. empfiehlt, jedesmal die chirurgische Behandlung bei Morbus Basedowii vorzunehmen, lässt die Frage, ob Unterbindung der zuführenden Gefässe oder Strumectomie das zweckmässigste sei in suspenso und empfiehlt schliesslich zur Nachbehandlung absolute Ruhe, den galvanischen Strom und Arsen.

Peltesohn.

---

466 b) **Musehold**: Ein Fall von Morbus Basedowii, geheilt durch eine Operation in der Nase.
(Deutsche med. Wochenschrift 1892, Nr. 5.)

Zu den bemerkenswerthen Fällen von Hopmann, Hack, Fränkel, Stocker und Semon fügt Musehold eine neue Beobachtung von geheiltem Morbus Basedowii durch die galvanocaustische Beseitigung einer hinteren Hypertrophie der unteren Muschel.

Eine 45jährige Plätterin begann mit der Menopause an Kopfschmerzen und Herzklopfen zu leiden. Dann entwickelte sich eine Struma, sie litt an profusen Schweissen, an rechtsseitigem Thränenträufeln und Flimmern vor dem Auge. — Da der Kopfschmerz nach der bestimmten Angabe der Kranken von der Nasenwurzel ausging und auch rechts eine deutliche Nasenstenose vorhanden war, so wurde das hyperplastische Ende der unteren Muschel abgetragen. In wenigen Tagen schwanden Kopfschmerzen, Augenbeschwerden und Herzklopfen. Nach 5 Sitzungen mit dem constanten Strom (1—2 M. A.) begann die Struma sich zu verkleinern. Die Behandlung musste aus zufälligen Gründen sodann unterbrochen werden. Trotzdem verkleinerte sich die Schilddrüse derart weiter, dass der Halsumfang von 40 cm auf 36,5 cm zurückging.

Das Allgemeinbefinden ist ein vortreffliches, die gesammten Beschwerden sind vollkommen geschwunden.

Peltesohn.

---

467) **Max Einhorn** (New-York): „A new method for direct electrization of the stomach".

(The Medic. Record, 9. Mai 91.)

Nachdem Verf. eine kurze Geschichte der Magen-Electrisation gegeben, empfiehlt er seine „verschlingbare Magen-Electrode", eine eiförmige, durchlöcherte Gummikapsel, innerhalb welcher der in einen dünnen Gummischlauch zugeleitete Kupferdraht ruht. Ist die Kapsel verschluckt, so trinkt der Patient Wasser, damit durch dasselbe der electrische Strom den Magenwänden mitgetheilt werde. Die andere Electrode setzt Verf. auf den 7. Rückenwirbel oder auf das Epigastrium oder auf irgend eine andere Stelle. In Fällen von übermässiger Säurebildung, Dilatation, chronischem Catarrh mit verminderter Säurebildung, Schleimhautatrophie erzielte Verf. angeblich gute Erfolge mit der Faradisation der Magenwände vermittelst jener Electrode (die Säurebildung fand er an 3 gesunden Versuchspersonen nach dieser Behandlung gesteigert). Durch den galvanischen Strom, in derselben Weise angewandt, vermochte er 2 schwere Fälle von Gastralgie innerhalb 2—3 Wochen zu heilen. Voigt.

---

468) **Irving C. Rosse** (Washington): Triple personality.

(The journal of nerv. and mental disease. March 1892.)

Nach einigen gesuchten Betrachtungen über die geheimnissvolle Häufigkeit der Zahl 3 in allen Verhältnissen und kurzer Anführung des Vorkommens von dreifachen Visionen wird kurz die Geschichte eines 35jährigen Paranoikers mitgetheilt, bei dem ausser der eigenen Persönlichkeit noch 2 andere, nämlich „der junge Mann" und Lucifer um den Vorrang stritten und ihn zu allerhand Bösem oder seltener Gutem verleiteten. Die einzelnen Handlungen werden vielfach der einen der 3 Persönlichkeiten zugeschrieben mit dem Betonen, dass die beiden anderen keinerlei Antheil daran und Verantwortlichkeit dafür hätten.

Strauscheid.

Wegen Rückständigkeit mehrerer Referate und Buchbesprechungen wird das Januar- und Februarheft im Umfange vermehrt. Das Register pro 1892 wird dem Januarheft beigegeben.

Die Redaktion.

Namen-Register.

G.

H.

I.

J.

K.

L.

M.

Sach-Register.

J. I.

K.

L.

M.

N.

T.

U.

V.

W.

Z.